

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**



**SAÚDE MENTAL E MODELO MÉDICO-ORGÂNICO
NECESSIDADE DE MUDANÇAS ADMINISTRATIVAS
ORGANIZACIONAIS**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA
BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA PARA A OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA**

ANTÔNIO LUÍS DE SANFIM ARANTES PEREIRA

Rio de Janeiro, 1999

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA

CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

SAÚDE MENTAL E MODELO MÉDICO-ORGÂNICO

NECESSIDADE DE MUDANÇAS ADMINISTRATIVAS

ORGANIZACIONAIS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR

ANTÔNIO LUÍS DE SANFIM ARANTES PEREIRA

E

APROVADA EM

PELA COMISSÃO ORGANIZADORA



FÁTIMA BAYMA DE OLIVEIRA - DOUTORA -



DÉBORA MORAES ZOUAIN - DOUTORA -



ANGELA MARIA MARQUES DA CRUZ GERKE - DOUTORA -

*O momento não brinca
No cochilo ou na brisa
Deixa marcas indeléveis
Transformando o relevo
De uma alma cigana*

*O momento é humano
É a marca no pano
É um espírito dinâmico
É o aqui e o pra sempre*

*Um de repente...
Lembranças afetivas
Retratos da vida
Pessoas que se enlaçam
Em correntes de abraços
Unindo a terra e os céus
De todos os espaços*

*A estes momentos
De meus filhos
Que abriram a maturidade
Deste ser que desejo ser
Pai*

*De minha doce avó
Que em sua bondade
Borbulhou nectar de verdades
Que não esquecerei jamais*

*De minha mulher
Anjo e ternura
. Mescladas com sabedoria
Em alva brancura de paz*

*A estes momentos
Distintos
Que trazem a síntese de minha vida recente
Dedico este trabalho
Pedacos presentes
Do futuro inacabado
Um gesto, uma palavra
Muito obrigado*

À professora Fátima Bayma de Oliveira, minha orientadora, pelo seu incentivo e investimento.

À professora Débora Moraes Zouain, coordenadora do Mestrado, pelo carinho e paciência que teve nos momentos mais difíceis.

À professora Dra. Luci Ruas pelo toque de brilhantismo, dado na revisão deste trabalho.

A minha mãe e minha irmã Caci que contribuíram na revisão desta dissertação.

A meu pai que me ensinou, com suas atitudes, o valor da palavra caráter.

À professora Maria Auxiladora, pela suas incansáveis horas de orientação.

A Juarez, sempre disponível a ajudar.

A Camila, por ter estado junto nesta caminhada, transmitindo alegria.

Aos funcionários do Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, por me ajudarem incondicionalmente na execução deste trabalho.

A Eduardo Gerk, pela sua capacidade de transformar os conteúdos sem forma em formas de extrema beleza.

A Machado, meu padrinho espiritual, que em sua simplicidade me transmitiu tanta sabedoria de viver.

A meus irmão de vida, Eitel e Carlinhos, pela incondicionalidade de sentimentos ofertados nestes últimos vinte e seis anos.

A você meu irmão, Antônio Márcio, por ter dividido desde o útero as alegrias e tristezas. Valeu!

A você, que me ensinou com seu silêncio e participação que tudo vale a pena quando a alma não é pequena.

Meus especiais agradecimentos

RESUMO

O presente estudo objetiva realizar uma análise da estrutura organizacional de um hospital psiquiátrico no âmbito público, o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, visando a discutir criticamente a preponderância do modelo médico-orgânico como forma de abordagem e tratamento das doenças mentais. A esquizofrenia serviu como referencial de doença mental por, em função de suas múltiplas manifestações, permitir de forma mais rica a análise do modelo vigente. Através da descrição de um caso clínico, levantou-se o problema: como a rigidez e a estrutura hierárquica de poder, em lugar de propiciarem formas de tratamento da doença compatíveis com os avanços tecnológicos e as reformas psiquiátricas que preconizam a desospitalização e a maior humanização na relação terapeuta-paciente, tornam essa relação cada vez mais distante e resistente à mudanças. Por meio de pesquisa documental e de campo, em que o problema pôde ser transformado em hipótese de trabalho, os dados coletados sob a forma de questionários e entrevistas corroboraram a hipótese de que teoria e prática permanecem ainda distantes no que se refere à necessária inclusão abordagens complementares que permitam não só um tratamento mais eficaz, mas também uma estrutura administrativa/organizacional mais flexível e conseqüentemente mais eficiente. Longe de ser um trabalho conclusivo, pretende abrir caminho para novas discussões, desdobrando-se em pesquisas futuras.

ABSTRACT

The present study intends to analyse the organizational structure of a public psychiatric hospital, the Jurandyr Manfredini Municipal Hospital, in order to evaluate the preponderancy of the medical-organic pattern as a method of approaching and treating mental diseases. Schizophrenia has been a referential of mental disease, for, it provides, due to its multiple manifestations, a more complete analysis of the actual pattern. Through the description of a clinic case, we've raised a question: how inflexibility and the hierarchic power's structure, instead of making schizophrenias's treatment compatible with the technological advances and psychiatric reforms – that preconize non-hospitalization and more humanized therapist-patients relationship – turn this relation more apart resistant to changes. Through documental and field researches, where problem can be transposed to a working hypothesis, the basis, collected through questionnaires and interviews, corroborate the assumption that theory and practice are still apart, regarding the need of complementary approaches that will allow not only an efficient treatment but, also, a more flexible and competent administrative-organizational structure. Far from being a conclusion study, we expect to rouse new discussion, so that this work can be extended into future researches.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
1. INTRODUÇÃO	1
2. PROBLEMA	3
2.1. Descrição de um caso clínico	
2.2. Objetivos	
2.3. Delimitação do estudo	
2.4. Relevância do estudo	
2.5. Suposições	
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1. Origem do hospital	
3.2. Hospital psiquiátrico	
3.3. Esquizofrenia	
3.3.1. Histórico	
3.3.2. Etiologias	
3.3.3. Abordagens terapêuticas	
3.4. Estrutura organizacional	
3.5. Poder	
3.6. Cultura	

4. HOSPITAL MUNICIPAL JURANDYR MANDREDINI: evolução histórica.....	61
5. METODOLOGIA.....	75
5.1. Universo e amostra	
5.2. Seleção dos sujeitos	
5.3. Coleta de dados	
5.4. Tratamento dos dados	
5.5. Limitações do método	
6. ENTREVISTAS	80
6.1. Dinâmica organizacional do HMJM na visão da direção	
6.2. Visão do corpo técnico sobre a doença esquizofrênica e a estrutura organizacional	
6.3. Visão do pessoal de nível médio sobre a doença esquizofrênica e a estrutura organizacional do HMJM existente para seu tratamento	
7. ANÁLISE DOS DADOS.....	106
8. CONCLUSÕES	113
GLOSSÁRIO.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação pretende realizar uma análise crítica do atual modelo médico-orgânico de abordagem em saúde mental, que se apresenta predominante, a despeito da vasta produção de conhecimento em áreas afins e complementares.

O segundo capítulo objetiva, através da descrição de um caso clínico, aproximar o leitor da uma realidade que não pertence apenas ao paciente em questão, mas que denuncia falhas administrativas institucionais. Este caso, longe de ser apenas o estudo de uma determinada patologia e de suas formas de análise, aponta para a vulnerabilidade a que todo cidadão está submetido quando, por qualquer motivo, insurge-se contra o sistema ou normas previamente estabelecidas.

Os objetivos, a delimitação, a relevância do estudo, bem com algumas suposições, serão analisadas sumariamente neste segundo capítulo.

No terceiro capítulo será discutida de maneira crítica a origem dos hospitais gerais e psiquiátricos, utilizando-se a manifestação esquizofrênica como elemento catalisador e provocador de reflexões. Já que, por trás de toda a patologia caracterizada por estranheza na sua comunicação e alterações de comportamento, cada vez mais identificadas como alterações orgânicas, encontram-se denúncias e um grito incompreensível para quem não ouve e sente sua própria humanidade.

Em se tratando de uma monografia que tem como objetivo de estudo administração pública, optou-se pelo aprofundamento de um referencial teórico, que, mesmo apresentando um perfil médico, sociológico e psicológico traz, a nosso ver, subsídios extremamente ricos para a abordagem

das questões administrativas envolvidas. Atores coadjuvantes, como o enfoque estrutural, a cultura organizacional, o poder e as questões de trabalho em equipes *versus* trabalhos individualizados serão o pano de fundo de toda nossa abordagem. Estes serão os temas explorados no terceiro capítulo.

Como a pesquisa documental e de campo foi levada a efeito num Hospital Psiquiátrico Público – o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini (HMJM) – por considerá-lo fonte privilegiada de informações para o alcance do objetivo proposto, dedica-se o quarto capítulo a descrição desse hospital, de sua origem à forma de funcionamento atual.

No quinto capítulo será apresentada ao leitor a metodologia utilizada para a execução da pesquisa proposta, discutindo-se também o tratamento dado ao material coletado e apontando-se algumas limitações do método dialético, selecionado para tratamento e análise dos resultados obtidos.

Sendo este um trabalho de pesquisa de campo, foram realizadas entrevistas e utilizados questionários para a obtenção dos dados desejados. No sexto capítulo será apresentado este material.

A análise dos dados será descrita no capítulo sete através do método dialético.

As conclusões apresentadas no capítulo final confirmam as iniciais suposições. Percebe-se que, por mais que tenham ocorrido mudanças tecnológicas, e que a “unidade estudada” seja fruto dos movimentos das várias reformas psiquiátricas, mantém, ainda, o “modelo médico” e uma estrutura organizacional rígida, ineficaz para execução de uma prática de saúde mental coerente com o discurso revolucionário.

2. PROBLEMA

Ao se pensar em um problema, optou-se pela descrição de um caso clínico a partir do qual a análise da estrutura organizacional hospitalar, sua dinâmica e suas falhas serão discutidas.

2.1. Descrição de caso clínico

Em outubro de 1990 compareceu ao ambulatório do Hospital Jurandyr Manfredini (HJM), o paciente João, solteiro, de trinta e um anos, brasileiro, natural do Rio de Janeiro. Sua história mais recente implicava a apresentação de uma crise de insônia, deambulação, abandono do emprego, uso de bebida alcoólica e envolvimento com outras drogas ilícitas, segundo relato de seu cunhado. O paciente ficou internado durante cinco dias, depois dos quais obteve alta. O diagnóstico foi o de esquizofrenia paranóide. Em razão desse diagnóstico, o paciente foi medicado com neurolépticos e antiparkinsonianos – medicamentos de manutenção.

Na primeira entrevista ambulatorial após a alta, João apresentava-se calmo, cooperativo, com afeto preservado, sem queixas. Negava ouvir vozes ou ver vultos. Não lia os pensamentos dos outros, nem achava que seus pensamentos eram interceptados, - sintomas específicos de um quadro de esquizofrenia paranóide. Extremamente educado, comunicava-se com o médico com um sorriso franco, conversava de uma forma pausada e lógica. Não fosse pela medicação que vinha tomando e por sua história de internação, poder-se-ia pensar que se tratava de um indivíduo *normal*. Todavia, diante do quadro caracterizado na internação, o seu diagnóstico foi confirmado.

Essa situação de tratamento foi mantida até o mês de abril de 1991,

quando começou a ser estudada a possibilidade de retirada gradual da medicação, já que o paciente apresentava um quadro de estabilidade em todas as suas esferas mentais. Comparecia às consultas psiquiátricas uma vez por mês, e no período de cinco meses seu tratamento farmacológico foi gradativamente reduzido para um comprimido de medicamento antiparkinsoniano ao dia. Caso se caracterizasse quadro psicótico, o paciente entraria em crise, tornando-se, então, necessária a reinternação.

Nesse momento, em que se reavaliava toda a história do paciente, pensava-se em um episódio de cisão, com vivências psicóticas e posterior reestruturação de sua personalidade. Quando lhe foi comunicado a última medicação seria retirada, o que praticamente configuraria a alta médica, João ficou extremamente ansioso, dizendo não poder parar de tomar medicamentos, pois sua família tinha medo de que voltasse a ter crise. Devido à forte angústia e ao impasse criado, optou-se por manter a medicação, com a condição de poder associar o tratamento médico a uma psicoterapia semanal.

Nas sessões com a psicóloga, pôde ser avaliada de forma mais apurada a dinâmica familiar estabelecida. Estava claro que existia um núcleo familiar onde a figura do pai era respeitada e temida, sendo a mãe encarada de maneira afetiva, porém apagada como autoridade. A partir do mês de setembro de 1991, foi convocada a família, que não contou com a presença do pai, para participar do tratamento. Em novembro, o pai compareceu à sessão, expondo sua preocupação com a retirada da medicação, tendo em vista as crises anteriores. Neste período, o paciente participou de concurso para órgão público, tendo tido êxito e sendo contratado.

De setembro de 1991 a abril de 1992 o paciente compareceu a todas as sessões, mantendo um bom vínculo terapêutico. Em maio de 1992 o paciente sofreu um atropelamento, tendo sido internado em clínica conveniada, para

cirurgia ortopédica. A família retornou ao Hospital, sendo atendida por outro psiquiatra, que refez o esquema terapêutico da internação, baseando-se somente no relato do responsável, que afirmava estar o paciente em crise, apresentando comportamentos inadequados.

A equipe, composta da psicóloga e do psiquiatra que acompanhava o caso compareceu à clínica, e, constatando a inexistência da crise citada solicitou ao médico ortopedista a retirada gradual da medicação.

Após a visita da equipe ao paciente, a família compareceu ao Hospital, exigindo a continuidade da medicação e quando foi tentada uma aproximação a fim de trabalhar as questões de conflito, a psicóloga e o psiquiatra foram ameaçados de morte.

Devido ao quadro de impossibilidade física de locomoção, o paciente não pôde comparecer ao Hospital para as sessões. Em janeiro de 1993, João deu entrada na emergência do Hospital, acompanhado pelo pai e pelo cunhado, que relataram quadro de alteração de comportamento, agitação psicomotora, heteroagressividade e insônia, sendo então internado pelo psiquiatra de plantão. Ficou internado até abril de 1994 quando, por não retornar de uma licença médica, recebeu alta administrativa por abandono de tratamento. Em abril de 1994 o paciente deu entrada na emergência do Hospital, sendo transferido para a clínica psiquiátrica conveniada, ainda que os relatos da equipe que o acompanhava, constantes no prontuário, recomendassem não internar paciente. Após esse incidente, o paciente nunca mais retornou ao Hospital para tratamento.

O paciente, que entrou no hospital com diagnóstico de esquizofrenia paranóide, teve durante o tratamento, um novo diagnóstico, dado pela equipe de internação: o de psicose inespecífica. O último diagnóstico registrado no

prontuário pela equipe de internação foi de personalidade psicopática.

Esse caso clínico mostra-nos a estrutura dos hospitais psiquiátricos que, mesmo já possuindo uma equipe de saúde bem distinta dos hospitais do início do século, mantêm uma prática calcada na medicação. O número de diagnósticos para o mesmo quadro denuncia esta prática, caracterizada pela total *esquizofrenia institucional* das equipes – emergência, enfermaria e ambulatório –, que se mostraram encasteladas em seus saberes e atuações, sem o mínimo de comunicação e troca de conhecimento.

Surgem daí alguns questionamentos, não exclusivamente relacionadas ao caso em foco, mas ao funcionamento dessa unidade hospitalar. Tentaremos listá-los basicamente no que se refere ao modelo em prática e sua estrutura administrativa de suporte:

- O que justifica uma reavaliação diagnóstica, que poderia ter sido realizada no máximo em duas ou três sessões, ter levado seis meses?
- É importante ressaltar que a demanda de pacientes para o ambulatório de psiquiatria não permite, com a estrutura administrativa vigente, que estes sejam atendidos com frequência maior que uma vez por mês, o que seria tecnicamente indicado.
- Outra questão a ser enfatizada é o número reduzido de psicólogos, o que limita bastante a absorção de pacientes com indicação de psicoterapia como suporte complementar à medicação.
- No caso clínico exemplificado, qual a estrutura do ambulatório que se encarregou não só de estabelecer o contato com a família, mas também de ir à Clínica Ortopédica no período do atropelamento do paciente?
- Os poucos assistentes sociais que estão alocados, por falta de condições mínimas de trabalho, como viaturas e aerogramas, acabam não exercendo sua função, limitando-se aos atendimentos psicoterápicos em nível hospitalar. Coube então ao psiquiatra e à psicóloga a atuação na esfera

social, atividade que foi executada de forma espontânea, não institucional, justificada apenas pelo interesse pessoal dos técnicos acima citados.

- Ainda que fosse indicada uma terapia familiar, já que, desde a primeira avaliação constatou-se que todo o núcleo estava adoecido, esta não foi possível, por não haver na estrutura organizacional um espaço que privilegiasse e contemplasse tal abordagem.
- Por que, em maio de 1992, outro psiquiatra deu a medicação solicitada pela família do paciente, mesmo sabendo que toda a sua história, evolução do caso e o motivo da suspensão da medicação estavam relatados no prontuário?
- Por que o paciente, durante a internação de 1994, foi transferido para uma clínica conveniada, se havia vaga na enfermaria e o mesmo possuía terapeutas de referência?

Como se pode ver, este caso é rico em denúncias de atitudes individualizadas, antagônicas e desarmonicas dos vários atores que participaram da cena, o que torna evidente a falta de comunicação entre os setores e técnicos, fruto de uma rigidez organizacional que não pode, em instante algum, avaliar seus erros, acertos e, conseqüentemente, mudar sua trajetória de ação.

Constatou-se ainda a preponderância da atuação médica em detrimento de qualquer outro tipo de abordagem; mais um exemplo de quanto o modelo administrativo usado favorece a prática hierarquizada.

Se na visão da escola estruturalista, as partes são maiores do que o todo, em nosso caso o que se percebeu é que cada parte quis, onipotentemente, ser o todo, ignorando não ser mais possível pensar em uma abordagem de saúde mental sem uma visão multi e interdisciplinar. A psicologia, o serviço social e a terapia ocupacional, por mais novas que sejam, como disciplinas próprias e

independentes, dentro dos serviços de saúde são uma realidade inquestionável e imprescindível. Assim, também a enfermagem se transformou, no sentido de ampliar suas funções de meros agentes das prescrições médicas para agentes terapêuticos. As equipes estavam formadas, a possibilidade de uma visão e compreensão mais abrangente seria possível mas, mesmo assim, no caso citado, isto não ocorreu.

Em vista do exposto não resta saída a quem procura entender esta complexidade, senão o questionamento das contradições; era o paciente em questão esquizofrênico? Foram esgotados todos os recursos? O que faltou para o sucesso terapêutico? Essas são perguntas difíceis de serem respondidas, sem uma reflexão em nível mais profundo. Mesmo dispondo de uma estrutura aparelhada para quebrar o vício do unilateralismo, o paciente João não foi ouvido em seus anseios. O cerne da questão não foi abordado, a despeito de sua logicidade.

Quando se olha a esquizofrenia em suas várias formas de apresentação, percebe-se que esse distúrbio se manifesta, desde o grau de menor comprometimento da personalidade, até a total cronificação, quando a perda da vontade, o empobrecimento do afeto e as atitudes bizarras dificultam o contato.

A esquizofrenia, como forma de sofrimento psíquico, ainda é um desafio para os profissionais de saúde, no que tange à sua compreensão, abordagem, mística e preconceitos. Sociedade, família e equipes de saúde apresentam dificuldades distintas no relacionamento com esses pacientes. Os hospitais-asilos não respondem mais aos avanços da medicina e de outras formas de conhecimento, que, com seu saber, cobram mudanças. A distância entre o saber e a prática revolucionária ainda é muito grande e mudar envolve não apenas conhecimento mas, sobretudo, reformulação de estruturas,

relações sociais e hierarquias de poder.

De tudo dito acima, tentar-se-á responder à seguinte questão: *Por que os pacientes esquizofrênicos, na rede pública de saúde, são tratados preponderantemente em um modelo médico-orgânico?*

É importante ressaltar que o termo *modelo médico-orgânico* está sendo usado para caracterizar uma estrutura hospitalar onde as abordagens terapêuticas são fundamentalmente médicas. Os pacientes internados ficam reclusos em enfermarias, onde acontecem as visitas médicas, ficando a maior parte do tempo ociosos e pegando sol em pátios fechados. Na emergência encontra-se um médico de plantão, que tem que dar conta de todos os problemas que ali chegam, muitos deles de ordem social e psicológica. O ambulatório é composto de salas de atendimento onde a ênfase é a produtividade. Por esses motivos, observa-se nesse contexto que as psicoterapias, as atuações do serviço social e a terapia ocupacional são bastante discretas e ainda coadjuvantes.

Sabe-se que a medicação atua no organismo e, independente da vontade do paciente, age e *cura*, suprimindo sintomas, sem levá-lo à reflexão sobre doença e a mudanças de hábitos de vida. A visão médico-orgânica incorre no mesmo erro: *curar* e não mudar, não refletir, não questionar outros aspectos do fenômeno esquizofrênico.

Pergunta-se então: *Quais são os empecilhos e dificuldades que impedem a articulação e integração entre os vários saberes e suas práticas ?*

2.2. Objetivos

Durante a presente pesquisa, e para esclarecer as questões fundamentais a serem discutidas, pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- apresentar as diversas formas de tratamento e o conhecimento atual da esquizofrenia, com a revisão da literatura;
- identificar a percepção que os atores que compõem a equipe de saúde têm do incremento e execução de abordagens interdisciplinares;
- identificar as características e especificidades da estrutura administrativa em análise que dificultam a abordagem interdisciplinar;
- destacar os tratamentos oferecidos no HMJM;
- analisar e interpretar as estruturas de recursos humanos e administrativa envolvidas em cada forma de tratamento proposta.

2.3. Delimitação do estudo

A pesquisa visa a uma análise da real condição estrutural do HMJM e suas práticas administrativas/assistenciais no atendimento aos pacientes esquizofrênicos. Pretende analisar as atuais condições administrativas e de atuação no que diz respeito:

- à equipe de saúde em sua composição, inter-relações e práticas;
- à equipe de apoio, compreendendo todos os recursos humanos não especializados em saúde;
- aos projetos assistenciais e de ensino;
- à estrutura física da Unidade Hospitalar

2.4. Relevância do estudo

A discussão sobre o tratamento de pacientes esquizofrênicos em instituições públicas é polêmica e apaixonante. Observa-se desde o início do século que vários autores questionam o modelo médico-hospitalar como forma de tratamento, propondo novas alternativas. Encontra-se ainda, nos países de primeiro mundo, uma política de redução de leitos hospitalares, acompanhada pela proposta de tratamento em regime aberto e pensões protegidas. Essas propostas, quando em prática, demandam a implementação maciça de recursos financeiros, humanos e administrativos, que possam a longo prazo alcançar as transformações almejadas.

Na Colônia Juliano Moreira (CJM), órgão do Ministério da Saúde, desde 1980 não são mais internados pacientes por longo prazo, seguindo a diretriz de reabilitação e integração social dos internos até esta data. Nesse mesmo momento é criado o Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS) e o HMJM. O Hospital tem como função o atendimento das emergências psiquiátricas, em nível de plantão e de enfermagem e o acompanhamento dos casos em tratamento ambulatorial da Área Programática 4 (AP 4), composta por Jacarepaguá, Barra e Recreio dos Bandeirantes, bairros da Cidade do Rio de Janeiro.

O custo direto do tratamento da esquizofrenia, além da perda da produtividade e despesa com o auxílio público, é muito alto. Segundo Talbot¹, no início da década de 70 as cifras atingiram 2% do PIB dos Estados Unidos.

Atualmente tramita no Congresso Nacional o projeto de lei número 3657/ 1989, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios públicos e sua substituição por outros recursos assistenciais além de regulamentar as

internações psiquiátricas compulsórias.

Considera-se relevante o estudo do modelo atual de tratamento dos pacientes esquizofrênicos, a fim de se repensarem não apenas seus limites e suas possibilidades, como também de abrir novos caminhos.

Detectadas as contradições entre os projetos de despsiquiatrização e sua implantação, pretende-se, a partir deste estudo, apontar novos rumos que permitam mudanças eficazes e realmente eficientes na prática administrativa pública vigente. O que este projeto propõe é, através das pesquisas realizadas, encontrar possibilidades de adequação das políticas públicas de administração na área de saúde mental às práticas assistenciais, promovendo um atendimento em que a produtividade e qualidade do serviço atendam à demanda existente.

2.5. Suposições

A primeira suposição, a partir do que se constata no modelo vigente instituído e sua estrutura organizacional é que não respondem ao problema do tratamento de uma forma geral.

Partindo do conhecimento científico atual de que a esquizofrenia é uma síndrome determinada multifatorialmente e que as pessoas acometidas nascem com uma maior suscetibilidade de manifestar a sintomatologia da doença caso fatores externos ou internos a precipitem, tem-se como suposições complementares:

- a manutenção do sistema de saúde, calcada no modelo médico, sustenta-se mais por determinantes sociais e políticas de exercício do poder do que por

¹- TALBOT, John et. al. **Tratado de psiquiatria**, p. 267

justificativas científicas:

- o conhecimento médico-científico parece estar a serviço de uma crença ideológica de exclusão e mascaramento de conflitos;
- o médico encontra-se aprisionado nesse sistema, tendo, nele, um poder mais que absoluto para excluir, aprisionar, segregar e rotular;
- os projetos de despsiquiatrização e dinamização da rede pública servem como mecanismos dessas práticas, já que o incremento estrutural, financeiro e administrativo para tal execução não é feito.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será avaliada a criação dos hospitais psiquiátricos e sua evolução, desde a Idade Média até o presente momento.

3.1. Origem do hospital

A palavra hospital, etimologicamente vem do latim *hospitale* e significa *hospedaria – estabelecimento onde se internam e tratam doentes; nosocômio*. Como adjetivo, embora pouco usado, significa: *o que pratica a hospitalidade, caridoso, benévolo*².

Já a palavra hospício origina-se também do latim – *hospitiu* –, designando *casa onde se hospedam e/ou tratam pessoas pobres ou doentes, sem retribuição; asilo*³.

Na Idade Média, como na Idade Moderna, principalmente no Renascimento, os hospitais não tinham como função básica a prática médica; eram, essencialmente, instituições de assistência aos pobres, com finalidade também de separação e exclusão. Exemplo clássico dessa prática encontramos na grande epidemia da lepra, quando foram abertos vários asilos para recolhimento dos doentes, na crença de que a salvação se daria pela exclusão e pelos *desígnios de Deus*. Sua função não era, portanto, a cura do doente mas, sim, o conforto espiritual dos que estavam morrendo. Isto fica bem claro quando constatamos que os profissionais que realizavam a assistência não eram os médicos e, sim, religiosos e leigos que promoviam a

²- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*, p. 739.

³- Idem.

caridade. A prática médica era individualista: existia o médico de família, que vivia portanto, longe das instituições hospitalares. Os hospitais eram, também, um local de exclusão para loucos, prostitutas e mendigos.

O século XVII é marcado por uma transformação radical na abordagem deste fenómeno. Esta é a época em que o número de casas de acolhimento se multiplica substancialmente. Mas, diferente dos séculos anteriores, quando a internação tinha um carácter médico de tratamento através da exclusão, estas instituições possuem um perfil significativamente distinto. Como declara Foucault, *o Hospital geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa*⁴.

O médico ainda é uma figura secundária, nomeada pelos diretores, figura representativa do poder real em uma determinada jurisdição, no que diz respeito aos pobres. Esse poder instituído vai além dos muros dos hospitais, abrangendo não só a esfera administrativa, mas também a comercial, policial, coercitiva e punitiva.

A partir do século XVIII observa-se uma reforma nos hospitais, que passam a gerir e transformar suas desordens. Desenvolvem-se e elaboram-se os princípios fundamentais da disciplina. Isso se dá a princípio, não por motivos médicos, mas por necessidades económicas, fruto do mercantilismo emergente.

Como destaca Foucault:

[...] as razões económicas, o preço atribuído aos indivíduos, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explica o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais, mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é

⁴ - FOUCAULT, Michel. *A microfísica do poder*, p. 49-50.

confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médica.⁵

Nasce então o médico de hospital, que passa a desenvolver todo um sistema de rituais, como visitas hierarquizadas, em que assistentes, alunos e enfermeiras ficam em segundo plano. Surge também uma produção de saber originada da prática emergente e toda uma estruturação de rotinas e registros necessários a uma nova realidade.

Esta nova visão de mundo e suas conseqüências no desenvolvimento técnico e científico, ao mesmo tempo que traz um enorme ganho de qualidade vista sob vários aspectos, oferece a este mesmo poder todos os instrumentos de dominação, exclusão e discriminação, agora extremamente mais aperfeiçoados e eficientes, já que revestidos de uma roupagem médica e científica que os legitima.

Se a cura através de Deus foi a prática da exclusão nos séculos XV e XVI, se esta mesma exclusão tomou a face de poder e lei, econômico e político, agora ela assume um perfil terapêutico-científico sustentado por todo um paradigma cartesiano, racional, a serviço da mesma ideologia do Estado.

3.2. Hospital psiquiátrico

Antes de descrever a origem do hospital psiquiátrico, é importante situá-lo e relacioná-lo com a história da loucura, já que a ligação entre os dois fenômenos é estreita e complementar.

Durante a Renascença, a loucura é vista de forma jocosa, como uma

⁵ - Id. Ibid, p. 107.

imagem do simplório, do bobo ou do elemento ridículo de uma determinada família. Dentro desse contexto, a forma de lidar com essas pessoas era conservá-las fora dos muros das vilas e cidades, em lugares distantes. Geralmente os loucos eram entregues à responsabilidade de marinheiros que os levavam a locais desconhecidos sem possibilidade de retorno. A exclusão se dava pelo banimento e expulsão. Várias obras literárias e pictóricas descrevem esse fenômeno. A composição literária que domina o contexto da época explora o tema mitológico que simboliza a viagem de heróis, modelos éticos ou tipos sociais a fim de buscar fortunas ou verdades de seus destinos. Encontramos exemplos destas composições nas obras **A Nau dos príncipes e das batalhas da nobreza**, **A Nau das damas virtuosas**, **A Nau da saúde**. Mas, a única composição que efetivamente existiu foi **A Nau dos loucos**. Dentro deste contexto o louco nestas viagens sem volta se torna *prisioneiro de sua própria partida*⁶.

Importante se torna olhar um pouco mais atentamente para o fenômeno filosófico e social que surge a partir dessa época e muda radicalmente a forma de vida européia.

As idéias filosóficas de René Descartes influenciam de tal maneira o pensamento da época, que promovem uma ruptura com o passado, mudando totalmente o curso da história.

Descartes toma como ponto de partida a universalidade da razão, identificando no intelecto duas faculdades essenciais: a intuição, pela qual se podem ter imediatamente idéias claras, simples e irreduzíveis, e a dedução, pela qual, e através de um raciocínio lógico e ordenado, se chega a um conjunto de verdades.

⁶- Id. *A história da loucura*, p. 12.

Seu pensamento filosófico, partindo da supremacia da razão, utiliza-se de quatro regras básicas: regra da evidência, a da análise, a da síntese e a da enumeração. Desse modo, todo fenômeno deve ser apreciado sem precipitações e preconceitos, deve ser o máximo possível dividido e fracionado em partes para seu melhor conhecimento. Devem-se separar as verdades mais simples das mais complexas, seguindo uma ordenação de importância, selecionando-se apenas as necessárias para a solução do problema.

Por mais que o pensamento como o método cartesiano, tenha tido influência em todos os campos da vida social européia, constituindo-se num dos principais fatores que propiciaram a Revolução Industrial, traz em sua premissa um erro fundamental: é um divisor de águas no estudo do ser humano. O pensamento não está separado das emoções e sentimentos. Estudos neurológicos atuais mostram que o comprometimento da emoção e do sentimento pode afetar a racionalidade e a tomada de decisões.

Damásio diz categoricamente que:

É esse o erro de Descartes: a separação abissal entre o corpo e a mente, entre a substância corporal, infinitamente divisível, com volume, com dimensão e com um funcionamento mecânico, de um lado, e a substância mental indivisível, sem volume, sem dimensões e intangível, de outro ; a sugestão de que o raciocínio, o juízo moral e o sofrimento adveniente da dor física ou agitação emocional poderiam existir independentes do corpo. Especificamente: a separação das operações mais refinadas da mente, para um lado, e da estrutura e funcionamento do organismo, para o outro.⁷

Se por um lado, o homem se desenvolveu em várias áreas do conhecimento, por outro, se perdeu na mecanicidade inerente ao próprio método, enquadrando e aprisionando todo seu objeto de estudo em uma visão

⁷ - DAMÁSIO, Antônio R. **O erro de Descartes**, p. 281.

limitada e incompleta.

Embora nas áreas humanas e biomédicas esse paradigma tenha proporcionado um enorme desenvolvimento, não se pode negar que também tenha sido utilizado pela ideologia do Estado de forma bastante eficaz como instrumento de dominação.

No século XVII, a loucura passa a ser reclusa em casas de acolhimento junto com os pobres, mendigos, prostitutas e criminosos. A sua prisão a partir daí será eternamente no interior dos muros do asilo.

A partir do século XVIII, com a necessidade crescente de força de trabalho e com o aumento das riquezas dos países em fase pré-capitalista, necessita-se cada vez mais de mão-de-obra, agora confinada nos hospitais. Tanto mendigos, como pobres e prostitutas são reabilitados e devolvidos à sociedade, que não só aprende a conviver com essas diferenças, como também as absorve.

Ao louco resta o confinamento e a utilização como objeto de estudo. Foucault diz: *A prática do internamento no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura é percebida menos com relação ao erro do que com relação à conduta regular e normal*⁸. O Asilo passa a ter a função de descobrir a *verdade* e afastar tudo aquilo que possa impedir essa descoberta ou então mascará-la e confundir-la. Para esse fim, a loucura tem que ser subjugada e dominada. São utilizadas, para isso, todas as técnicas, como isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como duchas, pregações morais ou repreensões, disciplina rigorosa. O médico passa, então, a ter poderes absolutos sobre tal proeza, sendo o depositário do saber e da razão, não porque conheça a loucura e, sim, porque precisa dominá-la.

A princípio as abordagens têm uma significação estritamente punitiva e de controle das infecções dos detentos, com o objetivo muito maior de preservar a saúde dos juízes e diretores. Não existe tratamento, abordagem específica para a loucura senão sangrias, provocação de vômitos, purgativos e tratamentos físicos, práticas usuais realizadas em qualquer afecção.

No final do século XVIII, sob influência do Iluminismo, da declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, da prática dos princípios da Revolução Francesa, ocorre o primeiro movimento de denúncia contra as internações e tratamentos ministrados aos doentes mentais. Nesse movimento os doentes mentais são separados dos marginais e vagabundos e passam a receber tratamento psiquiátrico sistemático. Mas como bem escreve Rezende: *se as amarras que atavam os doentes mentais foram definitivamente rompidas, outras surgiram, tanto mais perigosas porque sutis, consentidas e sofisticadas*⁹. Essa época, considerada como a primeira revolução na abordagem da loucura, tem na figura de Pinel, na França; Tuke, na Inglaterra; Chiaruggi, na Itália e Todd, nos Estados Unidos, seus expoentes máximos.

Por mais que essa abordagem não tenha constituído um arcabouço teórico que explicasse a etiologia da loucura, por mais que tenha tido como principal característica a disciplina rígida, o julgamento e a vigilância intensa sobre os loucos – por isso denominada tratamento moral –, é bem verdade que a dinâmica das reuniões de grupo de discussão e de atividades rotineiras, como também as *entrevistas confidenciais*, se constituíram em um avanço na terapêutica psiquiátrica. Essa forma de tratamento vai perdendo sua importância no século XIX, à medida que as condições sociais de afluxo maciço de imigrantes e inchaço dos grandes centros criam a necessidade de remover da sociedade os elementos perturbadores da ordem social. Na mesma

⁹- FOUCAULT, Michel. **A microfísica do poder**, p. 121.

¹⁰- TUNDIS, Silvério & Almeida, COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e loucura: políticas de saúde**

época começam a se desenvolver a bacteriologia, a anatomia patológica e a neurologia, criando teorias hereditárias e biológicas da loucura. Essas modernas teorias, no dizer de Rezende:

[...] caem como uma luva para as funções sociais que aquele momento histórico exigia da psiquiatria, a de referendar cientificamente os processos de exclusão das evidências do pauperismo, os imigrantes vagabundos e desordeiros, vítimas já não mais das suas lamentáveis condições de vida, mas de taras e degenerações individuais e raciais.¹⁰

Com o desenvolvimento das pesquisas e o conhecimento ordenado do ser humano, a medicina começa a ocupar seus espaços, obtendo sucesso no tratamento de determinadas doenças. A produção de conhecimento aumenta em proporção geométrica. Teorias e estudos sobre a loucura, tentativas de diagnósticos, de tipologizações são evidências desse novo momento do asilo.

Cada vez mais, drogas são descobertas e usadas experimentalmente nesse objeto de estudo, *o louco*. A prática médica assume um caráter objetivo dentro de premissas científicas, de hipóteses e testes das mesmas. Nesse contexto, a loucura passa a fazer parte de uma especialização da própria medicina, a Neuropsiquiatria. Mas, diferente das outras formas de adoecer, ela ainda continuará a ser vista de modo diferenciado e tratada em um lugar próprio, específico, distante de todo o hospital e de sua dinâmica.

Os Hospitais e asilos nascem por necessidades políticas, econômicas e sociais. Suas estruturas são criadas com uma clara finalidade de exclusão, punição e controle das diferenças sociais que ameaçam a nobreza e a burguesia. Para tanto, encontram-se formas organizacionais arcaicas e primitivas, rigidamente organizadas, com uma hierarquia extremamente definida marcadas por uma influência extra médica. O médico, quando entra

mental no Brasil, p. 26.

nos hospitais, está inserido nesse contexto, sendo mais um ator dessa ideologia. O desenvolvimento do saber se dá a reboque da prática, que não muda.

Por mais que o conhecimento embrionário dos diversos campos da área médica dificulte uma estruturação melhor dessas instituições, o que se percebe é uma finalidade bastante clara que se impõe ao próprio conhecimento quando este não é utilizado para seus próprios fins.

Mintzberg define estrutura como *a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre estas tarefas*¹¹.

Dentro da finalidade da criação das casas de acolhimento, *os futuros hospitais*, a estrutura estabelecida responde de forma bastante satisfatória. A partir do momento em que a ideologia de exclusão vai sendo impregnada por novos conhecimentos e práticas, essa estrutura passa a ser colocada em foco por não responder mais às necessidades então emergentes.

Se no começo a prática médica funcionava como um fator coadjuvante, logo passa a tomar para si o direito de concededora e senhora de seu próprio espaço. A hierarquia política cede à hierarquia médica o primado do poder que não só passa a ditar os parâmetros de encaminhamentos terapêuticos, como também organiza seu próprio espaço institucional.

O poder exercido sobre os asilados é fundamentalmente coercitivo e condigno, caracterizado pela tortura e maus tratos, reclusões e punições, no início oficializado na figura do poder real, com uma ideologia política e econômica, mascarada em seguida pela prática médica racional e científica

¹¹ - Id. Ibid. p 28-29.

que, em seu próprio discurso, justifica qualquer tipo de atuação terapêutica.

Ao doente mental só resta a submissão e rendição à realidade que o mesmo nega. Reações simétricas ou assimétricas a esta imposição não mudarão o curso de sua história. A condição do excluído, originada na cultura social, se reflete na cultura organizacional, que, ao eleger um conjunto de valores e normas aceitáveis dentro do convívio social, alija a diferença, excluindo e tipologizando.

A *arte de curar*, ao assumir os instrumentos desse novo paradigma, transforma-se, criando uma dupla necessidade, caracterizada pelo antagonismo. Por um lado, alivia a dor psíquica através de intervenções mais específicas, fruto de um conhecimento maior do ser humano nessas áreas; por outro, cria a própria doença, já que é fruto da mesma fonte e da mesma ideologia.

Goffman, em seus trabalhos de pesquisa, ilustra com bastante propriedade o fenômeno, ao caracterizar as instituições fechadas, denominadas pelo autor de *instituições totais, um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal*¹¹. Para esse estudioso, todos esses tipos de instituições fechadas – manicômios, prisões, conventos, orfanatos casas de repouso para pessoas idosas, quartéis e navios – criam barreiras ao mundo social onde atividades como lazer, descanso e trabalho podem ser realizadas de várias formas, em diferentes lugares e contextos.

As conseqüências da estada de um indivíduo nesse tipo de organização são extremamente profundas. O autor fala do descultramento, da

¹¹ - MINTZBERG, Henry. *Criando organizações eficazes*. p. 10.

¹² - GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. p. 22.

mortificação física e psíquica, fruto de tratamentos à base de pancadas, terapias de choques e cirurgias. Outra forma de mortificação é denominada *exposição contaminadora*, caracterizada pela violação das fronteiras do mundo interno do indivíduo através de práticas, tais como confissões, exposição a situações humilhantes perante seus familiares, exposição de sua privacidade, dentre outras.

As *instituições totais* deixam marcas que não se apagam com o passar do tempo. A visão estigmatizante que a sociedade tem daqueles que estiveram reclusos, ou o medo de qualquer atitude que vá de encontro às regras sociais do mundo de fora traz aos internos uma ansiedade de libertação. Essa angústia está ligada à possibilidade de sucesso no mundo de fora. Em realidade, como Goffman ilustra, o fenômeno de desculturação traz toda a dificuldade de readaptação ao mundo antes conhecido. É – para utilizar uma imagem do próprio autor – como se ele tivesse saído do topo de um mundo pequeno, cheio de proibições e agora estivesse na base de um novo mundo, com liberdades e possibilidades, mas tendo que recomeçar.

Características marcantes das organizações mecânicas, tais como unidade de comando, hierarquia, autoridade centralizada, subordinação dos interesses individuais aos interesses gerais, aparecem de forma não sistematizada na prática das primeiras casas de acolhimento. Mesmo que não se possa falar ainda em modelos de organizações formais, observam-se nas instituições citadas características semelhantes e propiciadoras da estruturação dos hospitais, de forma agora mais clara.

É importante ressaltar que a estruturação dos hospitais de forma mecânica, seguindo os princípios das máquinas, não é um acontecimento isolado. Ela está inserida numa visão científica e mecanizada de mundo, que domina e norteia os modos de vida, produção e postura diante do

conhecimento.

As estruturas administrativas de todas essas instituições e organizações, de maneira geral, passam por esta fase, indiscriminadamente, cada uma dentro de seu perfil. Mas se esse tipo de estruturação é eficiente em organizações que usam tecnologia para produção em massa, nos hospitais e asilos, onde a atuação se dá em nível individual, esse modelo só reforça a dominação e repressão.

Diante de tal constatação, torna-se claro o desafio que se tem pela frente, no que diz respeito a mudanças e transformações, pois, como ressalta, Perrow *as atitudes das pessoas são determinadas tanto pela organização na qual trabalham como pelas atitudes preexistentes*¹³.

A transformação que o mundo Ocidental sofreu a partir da Renascença permitiu um ganho enorme de conhecimento em todas as áreas. A partir das duas grandes guerras, o desenvolvimento do conhecimento psiquiátrico cresceu de forma assustadora. As conseqüências advindas desta nova especialização na rotina da vida humana são bastante drásticas. Como refere Szasz.

A ideologia psiquiátrica moderna é uma adaptação – para uma era científica – da ideologia tradicional da ideologia cristã. Em vez de nascer para o pecado, o homem nasce para a doença. Em vez da vida ser um vale de lágrimas, é um vale de doenças. E, como antigamente em sua jornada do berço ao túmulo o homem era guiado pelo sacerdote, da mesma forma hoje é guiado pelo médico.¹⁴

A partir das duas grandes guerras emerge um novo movimento de reforma que tem como cerne o questionamento, ora da instituição asilar, ora

¹³ - PERROW, Charles B. **Análise organizacional** – um enfoque sociológico, p. 24.

¹⁴ - SZASZ, Thomas S. **Ideologia e doença mental**, p 12.

do saber psiquiátrico. Esses movimentos trazem propostas de organização do espaço hospitalar psiquiátrico e de suas práticas, denominadas *psiquiatria reformada* por Franco Rotelli, que por sua vez, foram ordenadas por Birman e Costa em: psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar e em psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, caracterizada pela inclusão da comunidade no espaço de tratamento. A antipsiquiatria e as experiências de Franco Baságlio são consideradas pelos autores como superação das referidas reformas no espaço asilar, por promoverem uma ruptura com os modelos anteriores, propiciando o questionamento do tratamento nos moldes organicistas.

As comunidades terapêuticas se caracterizam por um processo de reformas intra-hospitalares com adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, objetivando a transformação da dinâmica institucional asilar. Com seu advento, também são introduzidas técnicas de terapia ativa, ou terapia ocupacional, na crença de que o trabalho seria a forma básica de transformação e abordagem da saúde mental. São introduzidas, ainda, técnicas de grupos de atividades, de discussão, reuniões diárias e assembléias gerais com o objetivo de dinamizar a instituição. A idéia básica, segundo Jones, *é tratar o grupo de pacientes como se fosse um único organismo psicológico*¹⁵. Esta proposta apresenta ainda a vantagem de diluir gradativamente a relação de autoridade entre os vários membros da equipe em formação.

A terapia institucional introduzida por François Tosquelle na França destaca-se por constituir um movimento de resgate do potencial terapêutico no espaço hospitalar, mediante o questionamento de aspectos *doentes* da instituição: a segregação, o poder médico, a verticalidade das relações intra-institucionais, entre outros. Seu objeto de estudo é a própria alienação

¹⁵ - AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*, p. 30.

organizacional, que não só intensifica a manifestação psicótica, como também cria sintomatologias próprias.

Por mais que esses movimentos tenham produzido mudanças significativas nas práticas e arranjos organizacionais, apresentam limitações passíveis de reflexão crítica. Num primeiro momento criam-se transformações no espaço micro-social, que se polarizam com o meio social alienante e segregador. Para Birmam *o limite se dá pela incapacidade de dialetizar a relação entre o dentro e o fora*¹⁶.

Outro aspecto relevante é a potencialidade de mudança das instituições, que, compostas por profissionais das mais diversas categorias, apresentem resistência às transformações que possam configurar perda de controle e poder. Longe de serem questões individuais, esses fenômenos apresentam uma configuração ideológica apessoal, que torna mais inexecutáveis as propostas de reforma aqui citadas.

A psiquiatria de setor, inspirada nas **idéias de Bonnafé**, tem como característica principal a prática terapêutica fora dos muros do asilo, calcada na premissa de que esse tipo de intervenção evitaria a segregação, o isolamento e a alienação do paciente. Promove-se então uma reorganização dos territórios de tal forma que determinada região geográfica e social seja referenciada a uma organização hospitalar. O alto custo na implementação dos serviços de prevenção e acompanhamento pós-cura, aliado à resistência dos setores intelectuais conservadores, podem ser considerados causas de insucesso desta prática.

A psiquiatria comunitária ou preventiva nasce nos Estados Unidos e apresenta como traço fundamental a prevenção de transtornos mentais e a

promoção de saúde. Encontra-se aí uma redução e superposição dos conceitos de doença mental e distúrbio emocional, definidos por Caplan como *crise*. A grande ilusão dessa proposta está na crença em que toda doença mental pode ser prevenida ou detectada precocemente. Outro equívoco dessa visão é estabelecer uma relação entre as doenças mentais e os males da sociedade. Para sua execução, qualquer pessoa pode identificar os *suspeito* por meio de questionários e encaminhá-los para investigação diagnóstica a ser realizada por um psiquiatra. Segundo Amarante:

Ao mesmo tempo, a proposta de “despsiquiatrização” – entendida como sinônimo de delimitação do espectro psiquiátrico – procura retirar do trabalho médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas, remetendo-as a outros profissionais ou a outras modalidades assistenciais não psiquiátricas, a exemplo do que ocorre com os atendimentos de grupos reflexivos, operativos, de escuta, entre outros, ou com o atendimento por equipes multidisciplinares, ou ainda com a redefinição dos papéis profissionais do Serviço Social, da Enfermagem, da Terapia Ocupacional, da Psicologia, do apoio administrativo, e assim por diante.¹⁷

Nesse contextó, o referencial sociológico de adaptação-desadaptação ganha importância vital. Esse binômio traz também uma mudança no conceito de doença, enfocando-a como *crise*, passível, portanto, de ser detectada e elaborada. Ao mesmo tempo, o aspecto orgânico das manifestações mentais perde em muito sua importância. Por mais que essa prática tenha um perfil preventivo, em nenhum momento desmonta a estrutura asilar, já que cria cada vez mais uma demanda de tratamento a partir do momento em que todas as *crises*, ao se desarmonizarem com os códigos sociais de determinado grupo, passam a ser casos em potencial.

Todos esses movimentos de reformulação do espaço asilar alargaram em muito o conhecimento e os tipos de abordagem disponíveis para o

¹⁶- cf. BIRMAM, Joel. In: AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida*.

tratamento da loucura. Novas técnicas são incorporadas. A visão médica passa a não ser a única forma de compreensão do fenômeno. Os muros do asilo são balançados em sua práxis e em seus conceitos. Mas, como ressalta Amarante, no Brasil, uma característica comum a todas essas experiências é a sua marginalidade, tornando-se experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo.

Em verdade, por mais que a prática asilar seja profundamente questionada como único e exclusivo saber na abordagem da loucura, o que se constata é que não há mudanças substantivas em sua realidade. O louco, antes acorrentado e maltratado fisicamente, passa a ser preso por uma contenção química cada vez mais sofisticada. O conhecimento desse ser psicológico e social não liberta a loucura de sua realidade de exclusão. Paradoxalmente essas propostas *libertadoras* refinam o enclausuramento, que, agora, já não se faz mais no asilo, exclusivamente, mas atingindo o indivíduo em seu direito a cidadania. Para Bastos e Castel, *o Poder da medicina fez com que, mesmo os sistemas considerados alternativos a ela fossem caudatários dela própria, conforme assinalou Boltanski (1979) em relação às concepções populares a respeito da Saúde/Doença*¹⁸.

Madel Luz vai mais além quando diz que, embora estes saberes não tenham mais que vinte e cinco anos nas instituições, estão tão ligados ao Estado quanto ao discurso e prática asilar. Essa pelo aspecto dominante e repressivo, e as novas tendências *pelo aspecto positivo de organizadores do espaço psíquico da sociedade, indispensável ao assentamento consensual de dominação*¹⁹.

A antipsiquiatria surge na década de 60, como a primeira crítica radical

¹⁷- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida*, p. 43-44.

¹⁸- Id. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*, p. 104.

ao saber médico e ao conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica. Denuncia seus valores e práticas, partindo da premissa de que os princípios das ciências naturais não podem ser considerados como parâmetro norteador no campo das ciências dos homens. Suas propostas levam à criação de comunidades terapêuticas que procuram quebrar o modelo assistencial vigente. Por focar a loucura na relação entre os homens e não dentro do mesmo homem, tenta entender o delírio pela valorização do discurso e da metanóia. Suas técnicas de abordagem consistem em acompanhar *o louco* em seu sofrimento sem reprimir e podar sua expressão de dor. Para isto são utilizadas dinâmicas grupais com técnicas de psicodramatização, auxiliadas com recursos de regressão.

Seguindo esta linha, Franco Basaglia promove uma transformação radical nos hospitais de Gorizia e Trieste, considerada por Barros como *um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade*²⁰, denominado Psiquiatria Democrática. As relações sociais e econômicas da sociedade em sua globalidade passam a ser questionadas no que se refere a sua interação com o sofrimento. A relação entre psiquiatria e justiça, a origem de classes sociais dos internos e a não neutralidade da ciência se constituem nos principais pontos sobre os quais se deve refletir. O saber médico só produz uma relação de dependência e dominação. A instituição é o grande símbolo da perda da cidadania. Diferente da antipsiquiatria, Basaglia efetiva uma revolução dentro do aparelho psiquiátrico institucionalizado. Sua proposta é a desinstitucionalização como desconstrução e superação do paradigma psiquiátrico.

Desinstitucionalizar vai além de desospitalizar, desativar e destruir

¹⁹- Id. *Loucos pela vida*, p. 94.

instituições. Seu sentido está muito mais ligado ao entendimento da dinâmica e complexidade da instituição por meio de suas práticas e saberes, produtores de uma determinada forma de percepção, entendimento e relacionamento com os fenômenos históricos-sociais. Em seu livro **A instituição negada** o autor relata que a ação de transformadora no hospital de Gorizia

[...] só pode prosseguir no sentido de uma dimensão negativa que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político, negando-se a deixar instrumentalizar por aquilo que se quer negar.²⁰

A psiquiatria democrática *basagliana* cria espaços terapêuticos representados pelos centros de saúde mental regionalizados, que funcionam ininterruptamente: grupos-apartamento, residências para usuários, cooperativas de trabalho para ex-internos, ampliadas posteriormente para espaço de produção artística, intelectual e de prestação de serviço, incluindo um setor de diagnose para atendimento emergencial.

Para a avaliação do êxito desse programa, mais do que a questão técnica, é preciso ressaltar a implicação político ideológica que resultou em propostas legais de mudança na legislação psiquiátrica em vigor. Em função da psiquiatria democrática *basagliana* é elaborado e aprovado na Itália um projeto de lei para a desinstitucionalização.

Todas as pesquisas e estudos dentro dos asilos propiciaram um novo conhecimento da loucura, antes indiscriminada. O mundo da insanidade, de discursos ininteligíveis e atitudes estranhas começa a se mostrar compreensível e acessível. A loucura não é mais apenas a diferença. Muito

²⁰ - Id., Ibid., p. 48.

²¹ - BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico, p. 131.

mais complexa e específica. começa a mostrar sua diversidade.

Pela vastidão de apresentações contida nessa diversidade, e por seu detalhamento não fazer parte do objetivo deste trabalho, optou-se pela eleição da esquizofrenia, como objeto referencial e de relação com a estrutura administrativa em estudo. O que está em foco neste estudo é a tentativa de tornar mais claras a instabilidade e a variedade de fenômenos inesperados e novos que emergem da rotina organizacional asilar, tanto no seu relacionamento com o meio ambiente como em suas inter-relações. A esquizofrenia, em sua diversidade e inexplicabilidade, sintetiza este desafio.

3.3. Esquizofrenia

A esquizofrenia, cada vez mais aceita como uma síndrome, com determinantes multifatoriais, será enfocada como elemento catalisador na compreensão da dinâmica organizacional.

3.3.1. Histórico

Antes de Kraepelin, as referências sobre a esquizofrenia eram esparsas. Manias e frenesis eram termos genéricos que denominavam os estados psicóticos. Encontram-se, também em algumas descrições literárias, referências à loucura de Orestes na **Oréstia de Ésquilo**, e nos murmúrios do pobre Tom, no **Rei Lear**, de Shakespeare. Descrições mais técnicas aparecem em livros como **A descoberta da bruxaria**, de Reginal Scot, no século XV. A mais antiga citação sobre demência precoce foi feita pelo anatomista Willis (1681), em sua **Ópera Omnia**.

Em 1809, Pinel descreve alguns casos sob a denominação de idiotia. Em 1860, Morel descreve um grupo de afecções, de início precoces, sob a denominação de *demência juvenil*, também classificada de *hebefrenia*, por Mecker, em 1871. Kahlbaum, no ano de 1874, descreve um grupo de doenças que se caracterizavam por transtornos psicomotores, como rigidez muscular e sugestionabilidade facial. Esse grupo recebeu o nome de *catatonia*.

Kraepelin reuniu todos estes grupos sob a designação de *demência precoce*. Acreditava que todos tinham em comum um prognóstico de deterioração final e fenômenos clínicos como alucinações, delírios, estereótipos e desordens afetivas. Como o diagnóstico incluía a deterioração final era sempre difícil de ser feito. O impasse foi resolvido quando Bleuler formulou uma nova conceituação, substituindo o termo *demência precoce* por *esquizofrenia* - mente cindida. O que era central nessa afecção era a divisão da personalidade e não a sua evolução. Não julgava que a incurabilidade e a deterioração fossem características necessárias da doença, como tem sido constatado nos nossos tempos.

3.3.2. Etiologias

Dependendo do ângulo sob o qual se aborda um fenômeno, obtêm-se visões e respostas distintas. Resta o desafio de ter-se em mente que um olhar nunca é o todo e na humildade de quem quer conhecer a verdade, apreender outros olhares. Assim deve ser vista a esquizofrenia.

Ao se fazer um breve estudo das possíveis etiologias desse fenômeno constata-se a existência de várias interpretações e achados. O estudo de gêmeos e o estudo da adoção permitem que se possam separar os fatores genéticos dos ambientais. Constata-se que, em gêmeos monozigóticos, a taxa

de incidência de esquizofrenia é de 46%, enquanto nos gêmeos dizigóticos a taxa é de 14%. Entretanto, a ausência de concordância de 100% quanto aos gêmeos monozigóticos demonstra que o fator genético não é suficiente para explicar o fenômeno.

Na corrente ambiental e na evolucionista encontram-se teorias as mais variadas. A visão psicanalítica interpreta a esquizofrenia como resultado da projeção de conflitos homossexuais latentes, transformados em ódio. Freud, em seu ensaio sobre o *narcisismo*, afirma que a dificuldade de relação interpessoal se dá pelo retraimento da *libido* para dentro do *self*, o que levaria aos estágios primários de desenvolvimento do *ego*, em que *alucinações* e *delírios*, sintomas primitivos, compensam a ausência da relação interpessoal.

Em suas pesquisas, Wilhelm Reich estudou a libido em nível corporal e energético. Desenvolveu, então, todo um arcabouço teórico sobre a energia sexual, que mais tarde denominou de *orgon*. Sua visão funcional do corpo contrastou com a visão médica de sintomas e com o psicologismo do outro. Correlacionou as defesas psíquicas à estrutura corporal e a esta chamou de *couraça*, que estaria organizada em anéis transversais no corpo, apontando o anel ocular como o envolvido na sintomatologia da esquizofrenia.

Na visão da psicologia analítica, Carl Gustav Jung falou da fragilidade do ego e de sua cisão, sendo inundado por conteúdos do *inconsciente coletivo*. Para ele, os conteúdos delirantes não são pessoais e, sim, *arquetípicos*.

A corrente existencialista revela aspectos do ser humano que se encontra em sofrimento profundo, questionando o rótulo cristalizado que se dá aos pacientes psicóticos esquizofrênicos. Para R. D. Laing, a esquizofrenia seria uma forma de se expressar um sofrimento existencial. O próprio autor lembra que

[...] o esquizofrênico está desesperado, ou simplificando, sem esperanças. Jamais conheci esquizofrênico que afirmasse ser amado, como homem, por Deus Pai, ou pela mãe de Deus, ou por quem quer que fosse. Ou ele é Deus, ou o Demônio, ou se encontra no inferno afastado de Deus. Quando alguém diz ser irreal, ou afirma estar morto, com toda sinceridade, expressando em termos radicais a verdade una de sua existência conforme ele a sente, este alguém é insano.²²

Dentro da uma visão sócio-cultural encontram-se achados de pesquisas que constataam uma taxa de esquizofrenia nas classes sociais mais baixas, o que pode ser interpretado como efeito-arrastão da doença, ou seja, os esquizofrênicos são levados para classes sociais mais baixas à medida que a doença progride. Fatores sócio-culturais irão atuar como precipitadores em pessoas com constituição vulnerável.

Evidências neuroquímicas, neurofarmacológicas, neuroanatômicas e neurofisiológicas no estudo da esquizofrenia apontam para a complexidade de sua compreensão. No aspecto neuroquímico e neurofarmacológico, a explicação mais aceita é a da existência de uma hiperatividade dopaminérgica, hipótese reforçada pelos *neurolépticos*, que agem bloqueando os *receptores da dopamina* e reduzindo a sintomatologia da doença. Estudos de tomografia computadorizada revelam atrofia cerebral, alargamento dos sulcos cerebrais e alargamento dos ventrículos. Estes achados não são patognômicos da esquizofrenia, sendo encontrados também na doença de Alzheimer e no alcoolismo. Estudos de fluxo sanguíneo mostram que a diminuição das funções fronto-têmporo-límbica está associada a distúrbios cognitivos.

²²- LAING, Ronald D. *David, O eu dividido*, p. 39.

3.3.3. Abordagens terapêuticas

Com a síntese da *clorpromazina*, na década de cinquenta, a abordagem farmacológica da esquizofrenia trouxe uma nova esperança de compreensão da doença e de sua cura. Os neurolépticos são uma classe de medicamentos que, no Sistema Nervoso Central, bloqueiam os receptores de dopamina, sendo eficazes na remissão dos sintomas produtivos da doença, tais como alucinações e delírios, além de diminuir a agitação psicomotora e serem sedativos. Com essas medicações reduziu-se o tempo de internações como, também, modificou-se o perfil e a evolução da doença.

É importante ressaltar que os neurolépticos, ainda que possuidores dessas propriedades, não curam a esquizofrenia. Como nos diz Itiro Shirakawa, *o neuroléptico não cura, não reeduca, não ensina aos familiares como lidar com os pacientes*²³.

Diante dessa evidência, questiona-se a existência de outras formas de abordagem terapêutica que possuam uma resposta mais satisfatória no enfoque da esquizofrenia. As psicoterapias, quando utilizadas criteriosamente, ajudam os pacientes a terem menos crises. Figueroa resume que

[...] todos os tipos de psicoterapias estão de acordo com três pontos: na necessidade de estabelecimento de uma ligação terapêutica positiva, baseada na confiança e na sinceridade, na importância da personalidade do terapeuta e, conseqüentemente na possibilidade da contratransferência funcionar como empecilho à progressão do tratamento.²⁴

As psicoterapias têm sua importância no tratamento, uma vez que ajudam o paciente a reconhecer sua doença, aceitando-a e lutando por um ajustamento social. Pode-se, ainda, fazer uso do grupo operativo, uma técnica

²³ - Itiro SHIRAKAWA. *O ajustamento social na esquizofrenia* p. 82.

²⁴ - FIGUEROA, Lúcia F. S. A psicoterapia pode mudar o curso da esquizofrenia ? In: **Jornal Brasileiro**

que trabalha os problemas dos pacientes em grupo, abordando aspectos concretos do seu dia-a-dia, além de entrevista mensal com a família na tentativa de orientar e detectar possíveis conflitos entre seus membros.

Shirakawa enfatiza os resultados encontrados no atendimento em grupo operativo. Para ele, o grupo:

- a) evita as reinternações tanto quanto um acompanhamento individual e medicamentoso;
- b) permite uma melhora na atividade pragmática, embora em trabalhos aquém da capacidade intelectual do paciente;
- c) melhora a comunicabilidade individual e social do paciente, resultando numa adaptação em sua situação doença-universo social.²⁵

As atividades, em grupo têm como característica positiva dissolver medos, inibições e resistências de comunicação, já que o paciente estabelece relações com iguais, além de ter, no terapeuta, um suporte. Prosseguindo com Shirakawa, o grupo:

- d) faz com que o paciente aceite melhor suas limitações. Está mais instruído a respeito do seu quadro psicótico e consegue reconhecer momentos delirantes e alucinatórios, bem como as desagregações do pensamento;
- e) diminui o autismo e melhora os aspectos volitivos. Para tanto, basta lembrar que a frequência de cada momento foi assumida com responsabilidade, sendo o número de faltas muito pequeno;
- f) é importante, entretanto, deixar ressaltado que não houve melhora em muitos níveis. As desagregações, continuaram bem como momentos francamente delirantes foram vivenciados durante as próprias sessões do grupo operativo. Individualmente os pacientes continuaram a ter crises, apenas em menor intensidade.²⁶

Os grupos operativos, como todas as técnicas disponíveis, não são capazes de resolver todos os problemas da esquizofrenia. Mesmo assim,

de Psiquiatria, p. 7.

²⁵- SHIRAKAWA, Itiro. Op. cit., p. 88-89.

²⁶- Idem.

como ressaltado no texto, funcionam de maneira eficaz quando se conhecem os seus limites e suas possibilidades terapêuticas. Segundo o mesmo autor,

- g) o próprio grupo funcionou como continente de muitas crises, permitindo a um paciente agitar-se, para em seguida discutir e aceitar os motivos dessa agitação, de um delírio, etc.;
- h) além disso, o trabalho com os familiares permitiu que estes compreendessem as crises dos pacientes, não buscando reinterná-los imediatamente;
- i) finalmente, pensamos que a utilização da técnica de grupo operativo pode ser útil em nível ambulatorial no Brasil, para atender os inúmeros pacientes da Previdência Social que são, em geral, internados e cuidados apenas durante o episódio psicótico e não merecem atenção no período das intercrises.²⁷

A teoria ocupacional tem origem no século XVIII, na Europa, com o uso do trabalho e do lazer. Seu objetivo consiste em explorar partes razoavelmente preservadas dos pacientes. Atualmente, com o desenvolvimento das teorias psicodinâmicas, a terapia ocupacional ganha uma nova dimensão. No dizer de Nise da Silveira, *o ateliê de pintura me fez compreender que a principal função das atividades na terapia ocupacional seria criar oportunidade para que as imagens do inconsciente e seus concomitantes motores encontrassem formas de expressão. Numa segunda etapa viriam as preocupações com a ressocialização*²⁸.

Como outros métodos, a terapia ocupacional ajuda na recuperação e ajustamento social, principalmente de pacientes com sintomas negativos que respondem mal aos medicamentos.

O acompanhamento terapêutico consiste em uma abordagem em que o terapeuta fica ao lado do paciente nas diversas situações do seu dia-a-dia. É, normalmente, indicado para pacientes esquizofrênicos, na fase em que ficam isolados, não conseguindo realizar tarefas rotineiras ou não se preocupando com a sua higiene ou atividades de lazer. Em um *setting* diferente do

²⁷ - Idem.

hospitalar, muitas situações que não aparecem nas consultas se fazem presentes, enriquecendo a possibilidade de intervenção.

A orientação familiar consiste em técnicas que envolvam a família do paciente em seu tratamento, com a finalidade de informá-la sobre sua doença, promovendo dissolução e elaboração dos conflitos, bem como desenvolvendo novas estratégias de abordagem para situações diversas. Quando isso ocorre, nota-se que o índice de recaídas sofre um decréscimo significativo.

Dentro do contexto supracitado, o que se percebe é uma falha, em algum nível de estruturação e funcionamento, seja ela orgânica, psicológica, ou social, na explicação da doença esquizofrênica. Diante de tal constatação, passa a ser de caráter relevante uma reflexão sobre a organização do espaço institucional, de tal sorte, que funcione como mais um elemento terapêutico.

3.4. Estrutura organizacional

Ao se falar da doença mental e do hospital psiquiátrico, podem-se visualizar vários ângulos de abordagem. O que interessa, de forma mais contundente, é entender como essas unidades de saúde estão estruturadas para desempenhar suas funções.

O estudo da loucura revelou como os hospitais foram se organizando dentro do contexto social, político e terapêutico de cada época, até os nossos tempos. A influência do referencial mecânico e analítico na visão de mundo foi responsável pela solidificação dessa prática em nível organizacional, culminando com o surgimento das primeiras escolas de teorias administrativas.

²⁸ - SILVEIRA, Nise da. *Imagens do inconsciente*, p. 13-14.

Historicamente o marco da criação das primeiras organizações formais se deu na Revolução Industrial, com o aparecimento das máquinas. Morgam diz que *caso se examinem as mudanças pelas quais passaram as organizações na Revolução Industrial, descobre-se crescente tendência no sentido da burocratização e rotinização da vida em geral*²⁹. Essa burocratização é fruto da maneira mecanicista de se viver e pensar. O que caracteriza a importância vital desse momento é a estruturação de organizações que enfatizem *a precisão, a rapidez, a clareza, a regularidade, a confiabilidade e a eficiência, atingidas através da criação de uma divisão de tarefas fixas, supervisão hierárquica, regras detalhadas e regulamentos*³⁰. Essa prática organizacional requer, para seu desempenho, uma rigidez estrutural, que tem como característica intrínseca a otimização da atuação de todas as suas peças.

O conceito de estrutura é abordado por vários autores. O que foi por nós escolhido encontra-se na obra de Chiavenato³¹. Pode-se observar na referida obra que Levi Strauss a define como *uma construção abstrata de modelos para representar a realidade empírica*, enquanto que para Gurwitsch e Radcliff-Brown estrutura é *um conjunto de relações sociais num dado momento*.

Weber a define como *um conjunto que se constitui, se organiza, se altera e os seus elementos têm uma certa função sob uma certa relação, o que impede o tipo ideal de estrutura de retratar fielmente e integralmente a diversidade e variação do fenômeno real*. Karl Marx entende que a estrutura é

[..]constituída de partes que, ao longo do desenvolvimento do todo, se descobrem, se diferenciam e, de uma forma dialética, ganham

²⁹ - MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**, p. 27.

³⁰ - Idem.

³¹ - CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral de administração**. P. 469 –470.

autonomia umas sobre as outras, mantendo a integração e a totalidade sem fazer soma ou reunião entre si, mas pela reciprocidade instituída entre elas.³²

Em quaisquer das abordagens, encontram-se características comuns como a composição em partes e suas relações, flexibilidade entre as mesmas no desempenho de seus fins e expressão mais ou menos explícita ou implícita de uma parte sobre o todo. Conforme esse conceito, podemos verificar que nosso universo em estudo, *a realidade hospitalar*, é constituído de várias partes que se interrelacionam, ora de forma mais clara, ora mais velada. Essa dinâmica de funcionamento, inerente a qualquer organização, passa a fazer parte de uma vivência normal e inconsciente de seus componentes, sem questionamento de seus efeitos.

Para Araujo, *poderíamos conceituar departamentalização dizendo que é o processo de agrupar atividades em frações organizacionais definida seguindo um dado critério, visando à melhor adequação da estrutura organizacional e sua dinâmica de ação*³³.

Geralmente os hospitais são estruturados em setores, tais como: emergências, enfermarias, ambulatórios, centros cirúrgicos, serviços de exames complementares, de terapias, de administração, de estoques, entre outros. Dentro de uma visão médico-orgânica, essa forma de estruturação, rígida e pouco sensível a mudanças, responde a uma certa demanda de problemas e doenças a serem tratadas. Assim, resta questionar se a doença mental se adequa a essa visão que norteia toda a construção eficiente em determinadas patologias, em que os agentes mórbidos são conhecidos e tratados, mas que deixa a desejar quando o desconhecido é a própria doença em questão. A esquizofrenia é um distúrbio que, de uma forma bastante

³² - Idem

³³ - ARAUJO, Luiz Cesar G. de. **Organização e método**, p. 157.

intensa e clara, desvela todas as falhas estruturais do modelo hospitalar, fruto do paradigma cartesiano.

Como podemos ler em Motta,

[...] as concepções rígidas, estáticas de antecedentes da estrutura, que perduraram durante longos anos, eram fundamentadas na crença de ser possível, através da especialização do trabalho, da hierarquia e da distribuição de autoridade, determinar comportamentos humanos uniformes e previsíveis.³⁴

Em realidade, a evolução científica no campo do conhecimento do ser humano permitiu um avanço considerável na abordagem das doenças mentais. Não é possível questionar a diminuição do número e do tempo das internações após a descoberta de medicações específicas para seu tratamento. A questão a ser levantada é: esta redução reflete a realidade da loucura ou representa apenas mais um detalhe cuja relevância é insuficiente diante da magnitude do problema?

A estrutura, nesse momento passa a ser questionada em seu conjunto de aspectos e valores até então nunca colocados em evidência. A necessidade de ser dinâmica e alterada em função das estratégias de ação e mudanças das mesmas exige um novo pensar a organização, de forma a torná-la flexível e adaptável às mudanças do meio.

A organização já não pode mais ignorar o meio ambiente, com o qual interage e cuja dinâmica faz parte, influenciando-o e dele sofrendo influências. As variáveis e mudanças de demandas suscitam uma adaptação constante. Para essa nova realidade, a estrutura rígida não tem, ou apresenta sempre as mesmas respostas.

³⁴ - MOTTA, Paulo Roberto, **Gestão contemporânea: a ciência e arte de ser dirigente**, p. 111.

Trabalhos publicados por Burns e Stalker e desenvolvidos por Paul Lawrence e Jay Lorsch no campo da administração contingencial mostraram serem *necessários vários tipos de estilos de organizações entre as subunidades organizacionais em função de determinadas características dos seus respectivos subambientes*³⁵. Uma das conclusões mais importantes desses estudos foi mostrar a relação entre o grau de variáveis, a instabilidade do meio ambiente e a necessidade de estruturação com maior nível de organicidade e flexibilidade adaptativas.

A necessidade de um posicionamento mais dinâmico fez com que surgissem novas propostas de organização e de administração, espelhadas na visão orgânica ou nos sistemas abertos. Nessa visão, outros aspectos, como o fator humano, o profissional, a relação com o poder e as novas formas de seu uso, a importância da cultura dentro da própria organização ganharam importância e destaque, por desmascarar a *simplicidade* da estrutura anterior na abordagem dos problemas. Nessa mesma época, surge a idéia de ecologia organizacional que trabalha com a noção de que as organizações funcionam como organismos vivos, dependendo de habilidades para adquirir recursos e sobreviver. Todas essas noções partem de um pressuposto básico de luta e relação de tensão com o meio ambiente.

As organizações também podem ser definidas como o reflexo da capacidade de processamento de informações, cada vez mais um fator básico na tomada de decisões estratégicas. Esses sistemas apresentam uma variedade de características em função do tipo de missão a que se destinam e do maior ou menor grau de estabilidade dos mercados em que atuam.

O que fica claro nesse panorama é a constatação de que o avanço

³⁵ - MORGAN, Gareth. Op. cit., p. 57.

tecnológico na área de informação promoveu uma revolução nas organizações que tiveram que se reestruturar, enxugando e extinguindo quadros e departamentos, substituindo-os por sistemas informatizados.

Transformações no meio ambiente, tanto em nível de mercado como em políticas públicas, que atingiam determinados interesses de instituições, levantam questões totalmente novas e desafiadoras, colocando em cheque o enfoque da estrutura organizacional. Necessário se faz, a partir daí, repensar todos os padrões de ação e atuação no mercado, corrigindo e mudando rumos. Tal postura diante do novo exige novas técnicas e estratégias de funcionamento.

A consciência da necessidade de funcionar em harmonia com as demandas do mercado faz com que novos enfoques e ações sejam implementados. Instrumentos e práticas administrativas como o marketing, a reengenharia, os programas de qualidade total, ganham cada vez mais importância. A tônica neste momento não é mais a produção em si, mas o seu direcionamento para as necessidades do consumidor. Dentro dessa linha de atuação surge, nas últimas décadas, um novo pensamento explanado por Levitt em seu artigo **Miopia em marketing**. O autor, de forma bastante polêmica, ressalta que:

[...] um setor de atividade representa um processo de atendimento do cliente e não produção de bens. Qualquer estratégia começa com o freguês e suas necessidades; não com uma patente, uma matéria-prima ou uma habilidade para vender. Partindo das necessidades do freguês, a indústria se desenvolve de trás para diante, preocupando-se primeiro com a conversão física da satisfação do cliente.³⁶

Mesmo possuidoras de grande desenvolvimento tecnológico, as organizações estariam fadadas ao óbito se não considerassem outros fatores

³⁶ - LEVITT, Theodore. **Miopia em marketing**, p. 14.

não diretamente ligados à produção, tais como o humano, o de poder e o cultural, dentre outros.

Pagés enfatizou que

A organização é um conjunto dinâmico de respostas a contradições. É realmente um sistema, mas um sistema de mediações que pode ser compreendido pela referência a mudanças das condições da população e das contradições entre os trabalhadores por um lado, a empresa e o sistema social do outro.³⁷

A mediação é um processo que se coloca entre os privilégios oferecidos aos indivíduos e às restrições aos próprios. É um processo multiforme que se estende a domínios diversos. Pode ser percebida em nível das instâncias econômicas, políticas, ideológicas e psicológicas. Economicamente, se expressa em uma política de altos salários e possibilidades abertas de carreira. No domínio político, traduz-se por um conjunto de técnicas de administração à distância que, ao mesmo tempo em que aumenta o poder da matriz, diminui a autonomia das unidades organizacionais. Em nível ideológico, substitui a ideologia individual por uma ideologia da própria organização, por meio de mudanças e identificações psíquicas entre as duas partes. No campo psicológico, atua nos conflitos individuais, paralisando suas reivindicações e questionamentos. Tal fato se dá porque as organizações atuam no processo de formação do ego e nas ansiedades infantis primárias da relação mãe-filho. Para evitar entrar em contato com essas ansiedades, os indivíduos acabam se alienando dos seus questionamentos, tornando-se elementos autômatos.

Eis o grande desafio que se apresenta, ao pensarmos este projeto. A estrutura, como já enfatizado acima, não é composta apenas pelo elemento físico e material das organizações e suas disposições. A estrutura engloba

³⁷- PAGE, Max et. al. **O poder das organizações**, p. 31.

também o fator humano. Ao lidarmos com esse fator, necessariamente estarão em jogo, da atuação administrativa, questões como poder, cultura organizacional, hierarquia, motivação, especificidades e generalidades de atuação.

Importante se torna discorrer sobre os temas citados acima, no sentido de aprofundar o grau de entendimento e compreender a importância da influência e participação de cada um na organização estrutural, a que o presente trabalho se propõe a analisar.

Maslow³⁸, em sua teoria de motivação, explana toda uma hierarquia de necessidades que pode ser visualizada como uma pirâmide, disposta em camadas, de modo tal, que as superiores só podem ser desenvolvidas quando as primárias estão satisfeitas. Para o autor, a motivação é dividida em dois grupos: o das necessidades primárias – fisiológicas e de segurança – e o das necessidades secundárias – sociais, de estima e de auto-realização. As necessidades fisiológicas estão ligadas à sobrevivência do indivíduo e à preservação da espécie. Estão incluídos aí aspectos referentes à alimentação, sono e repouso, abrigo e desejo sexual. As de segurança, que constituem o segundo nível, estão ligadas à busca de proteção, segurança e estabilidade. As sociais, estão relacionadas a aspectos como amor, afeto, trocas de amizade, participação e aceitação por parte dos companheiros. As de auto-estima dizem respeito à maneira pela qual o indivíduo se vê e se avalia. Estão envolvidos aspectos tais como a auto apreciação, auto-estima, confiança perante o mundo e reconhecimento. Por último, no topo da pirâmide, encontramos as de auto-realização, que compreendem as possibilidades que cada indivíduo tem de desenvolver seu potencial e tornar-se sempre mais do que já é.

Uma das características marcantes da doença esquizofrênica é que, ao mesmo tempo em que pode ser vista como uma falha de funções mentais, suscita no profissional questionamentos psicológicos e existenciais profundos. Esses aspectos exigem reflexões sobre a necessidade de preparo dos agentes de saúde e de apoio, além da parte técnica, nas áreas psíquica e motivacional.

O que se percebe nas organizações públicas é uma total desmotivação gerada pela consciência da impossibilidade de mudanças. A estrutura organizacional unitária se perde diante do contexto organizacional das políticas de saúde, que, mesmo sendo virtuais na prática do dia-a-dia, interferem na mesma, direta ou indiretamente, em atropelos ou mutilações, tornando o profissional de saúde mero agente operacional, alienado e distante de todo o processo de elaboração e decisão de sua própria prática.

Essa estratégia de mediação, o distanciamento do poder central de decisão, torna-se mais clara em situações do dia-a-dia, o que pode ser exemplificado pela política salarial do funcionalismo, completamente alienada no que diz respeito às necessidades básicas para o exercício profissional, ou nos projetos e planos de saúde elaborados em gabinetes por burocratas, sem a menor sintonia com a prática assistencial e sua real condição de implantação. Esses burocratas buscam obter poder e prestígio cada vez maior, em consonância com o poder Legislativo, seu patrocinador, que também precisa deles para encaminhar seus projetos e garantir novos mandatos em eleições futuras.

Esta é a burocracia, não no sentido estabelecido por Max Weber. Importante se torna, mesmo que *en passant*, viajar pela burocracia no nível organizacional, refletindo sobre as repercussões que provocam em nosso

³⁸ - cf. CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à teoria geral da administração*.

problema específico. Por mais que, para o autor, esse tipo de organização e de estrutura tenha um caráter estritamente técnico, ao longo dos anos sofreu distorções e utilizações inadequadas, em suas características básicas.

Para Weber, a burocracia *ideal* apresentaria como características os pressupostos que abaixo descrevemos na íntegra.

I- Existe o princípio de áreas estabelecidas e juridicamente oficializadas, as quais geralmente são reguladas por normas, quer dizer, por leis ou regulamentos administrativos.

1- As atividades regulares necessárias para as finalidades da estrutura burocraticamente dirigida são distribuídas de formas fixas como deveres oficiais.

2- A autoridade para dar as ordens necessárias para o cumprimento regular e contínuo desses deveres é distribuída de maneira estável e estritamente delimitada por regras relacionadas ao meio coercitivo, sejam eles físicos, religiosos, ou qualquer outro, os quais possam ser postos a disposição dos dirigentes.

3- Medidas metódicas são tomadas para o cumprimento regular e contínuo desses deveres e para garantir o privilégio correspondente, e somente admitida para nela servir às pessoas com qualificação, esta geralmente regulamentada.

II- Os princípios da hierarquia de cargos e os níveis dos graus de autoridade dão origem a um sistema firmemente ordenado de superior e subordinado, no qual existe uma supervisão do funcionários mais baixos pelos mais altos.

III- A administração do escritório moderno é baseada em documentos escritos (os processos), os quais são arquivados em sua forma original ou esboçada.

IV- A administração do escritório, pelo menos todo o gerenciamento generalizado – sendo tal administração distintamente moderna – comumente pressupõe treinamento completo e especializado.

V- A administração do escritório segue regras gerais, as quais são mais ou menos estáveis, mais ou menos exaustivas, e que podem ser memorizadas. O conhecimento dessas regras significa uma aprendizagem técnica especial que os dirigentes possuem. Isto envolve jurisprudência, ou administração pública de empresa.³⁹

Dentro da complexidade sob a qual a estrutura passa a ser vista, faz-se necessário estabelecer critérios de seleção dos elementos relevantes, para se

alcançar *uma congruência interna ou harmonia, bem como uma congruência interna básica com a situação da organização*⁴⁹. Aspectos como a dimensão organizacional, sua missão, o ambiente em que a mesma opera e seu aparato técnico passam a ter uma considerável influência nesta escolha. Em suas pesquisas no campo administrativo, Mintzemberg descreve cinco tipos de configurações ou arranjos organizacionais em função das escolhas dos parâmetros delineadores e fatores situacionais, como também cinco formas de dividir o trabalho em tarefas e coordenação, considerando essas formas de organização importantes para mantê-las unidas. Enumeramo-las em grau de complexidade: ajustamento mútuo; supervisão direta; padronização dos processos de trabalho; padronização dos resultados e padronização das habilidades dos trabalhadores.

Nessa linha de pensamento, o autor descreve cinco formas de organização do trabalho, cada uma com um enfoque diferente, em função do fluxo e das formas de interação entre os setores essenciais. Tais setores sucintamente poderiam ser resumidos em cinco: o núcleo operacional, responsável pela execução do trabalho e fabricação do produto; a cúpula estratégica, responsável pela garantia do cumprimento da missão a que a organização se propõe e da relação da mesma com a realidade externa; a linha intermediária, responsável pela supervisão direta da produção; a tecnoestrutura, responsável pelo suporte técnico e analítico, no sentido de tornar a organização sempre eficaz e a assessoria de apoio, responsável por fornecer serviços indiretos, não ligados à produção, mas a ela mesma.

Nesse arranjo e em sua dinâmica de relações, as organizações poderiam estar funcionando como uma rede de fluxo formal, rede de fluxo regulamentada, fluxo de comunicações informais, um conjunto de constelações de trabalho e em processos decisórios específicos.

⁴⁹ - MITZEMBERG, Henry. *Criando organizações eficazes*, p. 42.

Faz-se também uma distinção clara e importante para futuras reflexões sobre *especializações de tarefas*. A amplitude ou extensão de um trabalho, ou o desenvolvimento em profundidade de apenas uma tarefa, possibilitando um controle quase que absoluto da microrrealidade em foco, dá margem a uma ampla discussão do tema abordado. Se, por um lado, a especialização horizontal não permite a reflexão sobre as tarefas e a consciência do seu sentido no ato da execução, no outro extremo a especialização vertical pode levar ao uso do conhecimento aprofundado como elemento de poder e subjugação. O próprio autor afirma que a *especialização do trabalho cria um sem número de problemas próprios, principalmente de comunicação e de coordenação*⁴¹.

A complexidade dessa análise aumenta ainda mais quando se percebe serem alguns trabalhos em nível horizontal tão específicos, exigindo um grau de habilidade e conhecimento tão profundo, que, por mais que sejam, dentro dessa visão, especializados horizontalmente, na prática atingem um *status* de especialização vertical, fugindo ao controle de seus chefes e gerentes. Trabalhos profissionais dessa natureza são o material do corpo desta dissertação, e por sua importância, são merecedores de um aprofundamento maior.

Tendo como ponto de partida a conceituação de Miztemberg, podemos considerar a organização, o *hospital psiquiátrico*, composta por uma gama considerável de profissionais. Nossa abordagem focalizará agentes de saúde - médicos, psicólogos assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem - que, por prestarem atendimento à população e terem que dar conta da demanda de pacientes que procuram atendimento, são considerados o núcleo operacional da instituição, com a função de criar e manter a produtividade. Ao mesmo tempo, cada uma das categorias tem

⁴⁰ - Id., Ibid., p. 11-12.

conhecimentos específicos, que as tornam mais independentes da administração geral do hospital.

A burocracia profissional assim descrita, caracterizada pelo alto grau de especialização do núcleo operacional, apresenta grandes vantagens tanto nas atuações solitárias quanto em equipes cujas funções são predeterminadas e não se superpõem. A complementaridade da atuação dos diversos profissionais, cada um executando sua tarefa, apresenta resultados altamente satisfatórios quando os objetivos a serem alcançados se traduzem na perfeição e padronização. Mas nas doenças mentais, esse trabalho em equipe demanda, além de complementaridade, inter-relacionamento, interação dos saberes e criatividade. Nesses casos, a autonomia de cada autoridade é posta em xeque pelo próprio desafio da doença e pelo grande número de leituras e condutas que ela exige. O modelo que funciona em situações conhecidas, quando o objeto de estudo pode ser fracionado, fica à deriva diante de ondas de incertezas e do soberbo saber de cada profissional que, em seus guetos de conhecimento, tentam reproduzir ideologias de tratamentos individualizados e dar conta do problema para o qual até hoje não se encontrou a solução.

Marquez lembra que:

A natureza constitui um todo unitário regido por leis universais. A incapacidade humana de aprender em conjunto essa realidade obrigou-nos a sistematizá-la, pois só assim nos é dado conhecê-la melhor. A divisão das ciências particulares da natureza não responde senão a limitações humanas e de modo algum à natureza do objeto a ser conhecido. Em outras palavras, é por sermos incapazes, como homens, de abraçar, em extensão e profundidade, o campo total da natureza, que criamos e continuamos criando uma multiplicidade de ciências que nos possibilitam conhecê-la melhor. Estas divisões, contudo, não derivam de uma exigência “ôntica”, de exigência de objeto, ou seja, da própria natureza.⁴²

⁴¹ - Id.. Ibid., p. 37.

É bem certo afirmar que o desenvolvimento na área de saúde mental, em sua esfera orgânica, deu um salto qualitativo com a pesquisa e descoberta de novas drogas específicas para a sintomatologia produtiva da esquizofrenia. De uma forma geral, hoje se tem um arsenal terapêutico vasto em termos de medicações, divididas em classes: ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivos, neurolépticos e anticonvulsivantes, fruto do conhecimento cada vez mais profundo do cérebro. Desalentadora é constatar que, das primeiras drogas para cá, o que basicamente mudou foi terem diminuído os efeitos colaterais, sem que se observassem mudanças terapêuticas qualitativas. Exemplo marcante é a constatação de que todos os profissionais de outras categorias, assim como os próprios leigos e familiares, sabem a grosso modo, a indicação e dosagem dos medicamentos. O que o médico tem como conhecimento próprio e único se caracteriza muito mais pela especificidade da droga a ser usada em determinada patologia e seus efeitos adversos e colaterais. O mesmo raciocínio, se desenvolvido em relação a outras áreas de especialização, permite encontrar resultados análogos aos que foram descritos em relação à área médica.

Por mais que a autonomia conferida pela Burocracia Profissional permita o aperfeiçoamento das habilidades e seja democrática por distribuir o poder ao conjunto de trabalhadores, apresenta problemas de coordenação entre os profissionais que têm grande resistência para partilhar e trocar seus conhecimentos, problemas de controle do trabalho e de inovação.

Com essa análise, Minztemberg concluiu *que, semelhante à Burocracia Mecanizada, a Burocracia profissional é uma estrutura inflexível, bem mais adequada a produzir seus resultados padronizados, mas inadequada para se adaptar à produção do novo*⁴³.

⁴²- WACHOWICZ, Lilian Anna. *O método dialético na didática*, p. 20-21.

⁴³- MINZTEMBERG, Henry. Op. cit., p. 208.

Para lidar com tamanha instabilidade, complexidade, necessidade de inovação e resolução de problemas e desafios, a Adhocracia apresenta-se como um forma de configuração muito mais próxima do *ideal*. Tem como características básicas: grande organicidade e flexibilidade; pouca formalização de comportamento; grande especialização horizontal; tendência a agrupar especialistas em torno de um determinado projeto, formando, assim, equipes multidisciplinares coordenadas por ajustamento mútuo e pouca rigidez na padronização de suas habilidades; gerentes de interligação e integração das diversas unidades e descentralização do poder entre os mesmos.

A princípio essa forma de configuração apresenta-se mais do que satisfatória na abordagem do novo e do desconhecido, características inerentes ao processo esquizofrênico. A necessidade de resolução de problemas desconhecidos leva a equipe de profissionais a assumir um comportamento flexível e pouco ortodoxo no que diz respeito à especialização de cada profissional. A proposta de trabalho na organização adocrática é, em contraste com a burocracia profissional, o trabalho interdisciplinar integrado com objetivo de resolução de desafios.

Ao mesmo tempo, todavia, corre o risco de, em função da grande flexibilidade e informalidade da estrutura, tornar-se mais instável que a própria doença, caso não se observem suas características inerentes. Todo paciente esquizofrênico precisa de referências estáveis que lhe dêem condições para reestruturação de sua personalidade. Terapeutas de referência, disponibilidade, locais e horário de atendimento constituem fatores fundamentais na abordagem terapêutica. Muitas mudanças provocam inseguranças propiciadoras de novos surtos.

Se, no início da formação das organizações hospitalares, a característica predominante de configuração era a forma burocrática, com o desenvolvimento de novas disciplinas e com o maior conhecimento do homem e suas doenças, a tendência foi cada vez mais a burocracia profissional se impor como forma de organização. Atividades adhocráticas acontecem no espaço intra-hospitalar, configurando por vezes formas híbridas de burocracia profissional. Vale ressaltar que esses momentos de organização híbrida se dão ao acaso, por empatia dos profissionais envolvidos em um determinado caso, não se constituindo em proposta de trabalho como forma vigente e oficialmente instituída.

A organização adhocrática, por mais que preencha a lacuna das outras formas de estruturar a instituição, não pode como um todo servir de modelo, de padrão a ser implântado. Além dos problemas descritos acima, demandaria uma transformação radical da prática de *curar*, que envolveria a sociedade como um todo.

Cabe ainda ressaltar que nenhuma destas configurações é considerada ideal e fechada em si mesma. Constituem possibilidades de organizações mais próximas do ideal em função de outras variáveis e características.

Em função do exposto, fica a impressão de que não se pode criar uma estrutura de saúde padronizada em nível macro-social, sem levar em conta todas as variáveis apresentadas, determinantes e influentes. Por mais que seja necessário um órgão centralizador que aglutine e catalise os esforços, uma parcela significativa de autonomia se faz necessária para as adaptações que se impõe à realidade social. Esse equilíbrio entre política de saúde nacional e ações institucionais tem que ser perseguido incansavelmente.

Nem por isso, deve-se ficar paralisado diante de tantos problemas

desafiadores. Características comuns, seguindo a peculiaridade institucional de cada órgão, são encontradas e devem ser ressaltadas no sentido de servirem como guias na noite escura da ignorância.

Se, durante todos estes séculos de práticas da medicina transformações tão marcantes se processaram, mesmo tendo o homem da época tão pouco conhecimento a respeito dos temas abordados, compete-nos descobrir o desconhecido dentro de novas bases e paradigmas e, com a mesma persistência dos pesquisadores dos séculos passados, continuar à procura das *verdades* ainda por aparecer.

Inojosa, ao estudar o conceito de qualidade em serviços públicos, chama a atenção para o fato de se estar lidando com serviços de experiências, que *só podem ser apreciados e julgados simultaneamente à produção ou após o seu consumo, a sua apropriação pelo cliente*⁴⁴. Outro fator salientado pela autora é o fato de não se considerar a mortalidade e a morbidade como indicadores absolutos e fidedignos da realidade de qualidade da organização. *Há que se considerar outros fatores mais difíceis de determinar, tais como a redução da dor, do sofrimento e as perspectivas de recuperação da saúde enquanto bem estar físico, psíquico e social*⁴⁵. Dentro desta perspectiva, só nos resta repensar que tipo de estrutura organizacional se aproxima da estrutura *ideal* em nível da resolução dos problemas macro e micro-institucionais.

3.5. Poder

Cada tópico citado permeia, mais claramente ou não, o poder e seus

⁴⁴ - INOJOSA, Vera Maria et. al. **Qualidade em serviços públicos: um caso de mudança**, p. 77.

⁴⁵ - Idem.

desdobramentos, desde o seu exercício mais legítimo, como acontece com os eleitos democraticamente para os cargos de chefia, até os mais absurdos e absolutos ainda vistos na vertigem do hiato entre ciência e humanismo. Isto pode ser mais claramente exemplificado quando o poder médico, sustentado pela ciência farmacológica, usa a contenção química como forma de resolução de conflitos estruturais.

Para Weber⁴⁶, o poder é sempre dotado de força de coerção, física ou psicológica, não o considerando como um fator administrativo importante dentro das organizações. Ao contrário, a autoridade tem amplo domínio como forma de poder nas organizações e baseia-se no fato de não se utilizar da força ou coerção. O autor destaca três tipos de autoridade, a saber, autoridade legal que se baseia nos princípios e direitos; a autoridade carismática, calcada nas características pessoais do detentor do poder; a autoridade tradicional, fundamentada na ordem tradicional estabelecida.

Galbraith reconhece três instrumentos de poder:

- poder condigno, que oferece ao elemento subjugado uma punição dolorosa, uma recompensa negativa;
- poder compensatório, que oferece também uma recompensa, mas, nesse caso, positiva. Existe um ganho material nesta submissão;
- poder condicionado, que possui uma característica subjetiva a que o indivíduo se submete, sem ter consciência. Está envolvida aí a interação de aspectos culturais, educacionais e pessoais de cada sujeito.

Tanto o poder compensatório como o condigno têm em comum a consciência da submissão.

O mesmo estudioso refere-se, ainda, às fontes do poder que estariam

⁴⁶- cf. WEBER, Max. Apud: HALL, Richard. **Organizações: estrutura e processo**.

funcionando como um sustentáculo de importância inquestionável. Seriam elas:

- a personalidade caracterizada por traços marcantes de determinada pessoa que se destacaria do grupo. É muito ligada ao poder condigno, mas não exclusivamente;
- a propriedade, em que os bens móveis, os meios de produção, a renda e todos os outros tipos de poder econômico estariam muito associados ao poder compensatório;
- a organização, ligada ao poder condicionado, que, em nossos dias, aparece como a fonte mais abrangente.

Quanto às tipologias do poder, poder-se-ia descrever, segundo Dinsmore:

- poder formal, que se baseia na autoridade registrada por escrito;
- poder informal, que se apóia na facilidade de acesso proveniente de traços de personalidade, laços históricos ou relações familiares;
- poder da propriedade;
- poder pela tradição ou pelo direito adquirido;
- poder da informação ou do conhecimento;
- poder pela competência.

Segundo o autor citado, existem, basicamente, duas formas de reação ao poder. São elas, a reação simétrica, que consiste em responder ao poder exercido da mesma maneira, obedecendo à máxima do *bateu-levou*., e a reação assimétrica, que consiste em agir de forma contrária à expectativa do opressor.

3.6. Cultura

Cultura, segundo Fleury, é definida como *um sistema de representações*

*que expressa formas comuns de apreender o mundo, possibilitando a comunicação entre os membros de um grupo*⁴⁷.

Encontram-se outras definições tanto em nível antropológico, em que a cultura é vista como uma estrutura que permite atribuir significado a certas ações, quanto sociológico, em que a visão de existência de uma realidade objetivada antecede, impondo-se à condição humana, através de sinais simbólicos e linguagem transmitida de geração para geração.

Edgar Schein⁴⁸ define cultura organizacional como *um conjunto de pressupostos básicos que um determinado grupo criou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com problemas de adaptação*. As mudanças configuradas pelo grupo, ao serem consideradas satisfatórias, são automaticamente transmitidas aos novos membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir. Dentro dos hospitais psiquiátricos, esses objetivos e pressupostos surgem da necessidade das equipes de controlar os pacientes, independente do bem-estar dos mesmos. Como relatam Bateman & Dunham,

Esse objetivo fica muito claro quanto ao desejo ou pedidos apresentados pelos pacientes. Todos estes desejos e pedidos, por mais razoáveis que sejam, por mais calmamente que sejam apresentados, ou por mais educadamente que sejam formulados, são considerados prova de doença mental. A normalidade nunca é reconhecida pelo auxiliar que trabalha num ambiente em que a anormalidade é a expressão do normal. Embora quase todas essas manifestações comportamentais sejam descritas ao médico, estes, na maioria dos casos, apenas confirmam os julgamentos dos auxiliares. Dessa forma, os médicos tendem a perpetuar a noção de que o aspecto fundamental do tratamento dos doentes é o seu controle.⁴⁹

A cultura não se limita a ser uma variável a mais das sociedades e das

⁴⁷- FLEURY, Maria Tereza L. *Estórias, mitos e heróis: cultura organizacional e relação do trabalho*, p. 7.

⁴⁸- cf. SCHEIN, Edgar. Apud: FLEURY, Maria Tereza L. Op. cit., p. 12.

⁴⁹- cf. Erving GOFFMAN. Op. cit., p. 78.

organizações. Por ser um processo contínuo e ativo na construção da realidade e mostrar sempre uma totalidade, representa um papel bem mais destacado dentro do fenômeno social.

Assim como a expressão dos valores de uma determinada cultura pode ser identificada nas práticas e rituais, nas organizações esses aspectos são visíveis em situações de rotina, nas práticas diárias e nos relacionamentos interpessoais. Bem mais complexo do que apresentar a dinâmica organizacional, essas rotinas, quando avaliadas de maneira mais criteriosa, desvelam o estágio socialmente construído de um determinado grupo e a forma de elaboração da realidade organizacional.

Mintzenber afirma que as organizações são mini-sociedades, com padrões próprios, distintos de culturas e sub-culturas. Suas características de atuação estão, nesse sentido, apoiadas e influenciadas por esses padrões de crenças e normas compartilhadas. Esse conjunto de pressupostos e crenças permite-nos avaliar o grau de coesão e harmonia da estrutura organizacional, refletido no número de realidades construídas, antagônicas ou complementares.

Cultura pode ser analisada em vários níveis, desde os artefatos visíveis, até um sistema de valores, em que ocorre uma identificação inconsciente entre o indivíduo e a organização. Seu conceito exige que se tenham algumas considerações importantes, já que normalmente é colocada em segundo plano, sendo *ideologicamente* substituída pelo jogo de poder, pelas relações de abuso e parasitismo, pelos objetivos, missões e estruturas organizacionais. Uma outra forma de abordar esse mesmo tema seria vê-lo, em sua própria dimensão, como importante elemento que ajuda a esboçar e a criar a realidade organizacional.

O que está em questão no momento é a possibilidade de os serviços de saúde – objeto de análise deste projeto – serem entendidos como o produto final de uma realidade objetivada que transcende seus próprios fins e acaba por criar um conjunto de normas esquizofrênicas no seu dia-a-dia. Esse aspecto mostra-se bastante claro quando se verificam as imagens que os funcionários têm na sociedade, as que têm de si, as que possuem da organização e, por fim, a dinâmica de interrelação entre estrutura organizacional, consumidor e patrão.

Outro fato de grande importância é a constatação de que o próprio consumidor e cliente, em nossa organização, faz parte ativa da cultura organizacional e da construção da realidade institucional, já que está inserido ativamente nessa mesma organização, que se transforma em sua principal razão de existência e sobrevivência.

Diferente de todo processo de abordagem da cultura organizacional, encontram-se em nosso objeto de análise desafios ainda maiores. A expressão esquizofrênica quebra todos os valores e sistemas de representação aceitos e praticados pela organização, como também apresenta realidades construídas em suas rotinas institucionalizadas completamente estranhas e incompreensíveis em um primeiro plano. Essas realidades organizacionais, a que a doença psicótica vem somar-se, quebram todos os padrões culturais já conhecidos, introduzindo na rotina do dia-a-dia o *novo*.

HOSPITAL MUNICIPAL JURANDYR MANFREDINI: evolução histórica

Para se compreender a criação do HJM, é necessário que se faça uma breve explanação sobre a CJM, complexo asilar onde se localiza o hospital em questão, que ocupa uma área de 7000 m², considerada, segundo os autores dos documentos, um asilo típico, onde os pacientes apresentavam quadro de cronificação, antes das mudanças e do processo de renovação.

O documento **Política assistencial da CJM**, que contém uma pesquisa realizada entre 1980 e 1981, mostra o total estado de abandono dos pacientes e a existência de uma comunidade desorganizada política e assistencialmente. Em termos numéricos, a pesquisa apresentou os seguintes dados:

- dois mil e seiscentos pacientes internos;
- tempo médio de internação de vinte um anos;
- 50% de internos com idade acima de cinquenta anos;
- 18% de internos com menos de quarenta anos;
- 60% de internos sem visitas;
- 22% de internos sem patologia que justificasse a internação e
- 20% de internos com indicação para internação em hospital geriátrico.

Além da população de internos, a pesquisa identificou três mil moradores, entre funcionários, ex-funcionários, familiares de funcionários e pessoas estranhas, distribuídos em setecentas residências, aproximadamente.

Influenciado pelo movimento de crítica ao asilo e pelas instituições psiquiátricas praticantes da psiquiatria democrática italiana, a CJM passa a ter, como principal meta de atuação organizacional, sua desinstitucionalização e humanização dos atendimentos, como também a criação de um espaço que

atendesse à população da área. O resultado desses esforços culminou com a adoção de medidas, como: a criação do Centro de Integração Social (CRIS), com a finalidade de servir como suporte de ressocialização da clientela sem nenhum tipo de patologia; a criação de um Conselho Diretor em que a comunidade se fazia participar, por meio de um representante, e a criação do Hospital Jurandyr Manfredini, adaptado para funcionar como ambulatório de saúde mental, ambulatório de crise em regime de 24 horas e setor de pré-internação. Este último, responsável pelo tratamento em regime fechado, intencionava cuidar, no período mais curto possível, dos pacientes que não possuísem condições de recuperação domiciliar.

A criação do HJM deve ser vista, nesse contexto, como parte de um projeto maior de transformação e desinstitucionalização da CJM. Como exemplo, e ratificando a idéia que norteou tal decisão, podemos citar as palavras do Coordenador dos Projetos Assistenciais da CJM, no I Seminário do HJM:

Só é possível você pensar uma estrutura como o H..J.M, que vai estar atenta o tempo todo para não servir como mais um instrumento dentro das grades, da imensa cadeia de dispositivos de exclusão social, se você tem terminantemente a preocupação de não criar outra Colônia, de criar outro asilo deste tipo; de não fazer passar nenhum único que seja o paciente do H.J.M, para um núcleo dos chamados crônicos.⁵⁰

O Documento **Norma padrão de ação número sete** (anexo 1) retrata a estrutura organizacional do HJM, projetada como a ideal. Cria-se a partir desta data, uma nova unidade assistencial.

A falta de documentação oficial específica, da unidade em análise, a partir de 1982, impediu acompanhar em sua totalidade a formação do processo

⁵⁰ - Anais do I seminário de criação do Hospital Jurandyr Manfredini, p. 5

organizacional, técnico e administrativo. Em virtude deste empecilho, tornou-se necessário recorrer a entrevistas com profissionais que participaram do processo de criação da instituição e que nela ainda atuam, para a obtenção dos dados necessários. Para dar seu testemunho, foram convidadas uma psicóloga do ambulatório e uma psiquiatra. A realidade da CJM, expressa em números publicados, ganhou uma dimensão mais viva quando os mesmos dados, extraídos dos documentos supracitados, foram descritos pelas entrevistadas em passagens e vivências nos pavilhões da CJM.

Segundo a psicóloga, as propostas terapêuticas existentes eram celas fortes, pavilhão de agitados, eletrochoques e *miudinho* - choque dado no bico do seio e na vagina das mulheres. Não havia nenhum tratamento mais humano e científico, estando os pacientes entregues a uma realidade de total primitivismo. Os funcionários, por total desconhecimento do processo de adoecimento mental, acabavam muitas vezes improvisando abordagens que apresentavam um perfil de castigo e punição. De acordo com o relato, o momento da criação do HJM deu-se no instante em que começou a existir uma insatisfação de algumas poucas pessoas ligadas à direção da CJM em relação ao estado de abandono dos pacientes e dos maus tratos a que eram submetidos. Influenciada pela prática da psiquiatria democrática italiana, essas pessoas sentiram necessidade de começar a promover reuniões com profissionais cuja ligação afetiva e de confiança propiciaram a formação de um grupo de discussão, buscando uma nova proposta para o asilo.

A importância da proposta de transformação da CJM e a criação do HJM, não foram proporcionais à estrutura física e organizacional criada para seu incremento. Exemplo marcante é a constatação da existência de apenas três psicólogos em todo grupo, formado inicialmente para atender seis pavilhões da CJM. Segundo as informações da psicóloga, o HJM possuía inicialmente uma pré-internação, onde se tentavam realizar intervenções

diárias a fim de reduzir o tempo de internação e a possibilidade maior de cronificação. O setor constituía-se de uma enfermaria com mini-equipes completas, compostas de um psicólogo, um psiquiatra, um assistente social, um terapeuta ocupacional e um auxiliar de enfermagem. O trabalho nessa unidade permitia maior integração, já que os técnicos atuavam em mais de um setor, podendo, assim, acompanhar a evolução e a trajetória de seus pacientes mais de perto. As reuniões da enfermaria eram diárias e tinham como meta discutir casos clínicos, antes que se iniciasse o atendimento aos pacientes. Havia uma assembléia geral semanal, prevista desde a criação do hospital, que funcionou até 1993. A partir daí, sua periodicidade passou a ser quinzenal; há dois anos deixou de existir. Um dos pilares desse novo momento foi a supervisão institucional e de casos clínicos. Entretanto, esse espaço institucional de organização e reflexão foi extinto no ano de 1995, criando uma lacuna na qualidade do serviço.

Essa unidade, que teve seu nascedouro a partir de várias discussões e investimentos de energia afetiva, acabou perdendo sua proposta original, de acordo com conveniências pessoais e interesses políticos. Ainda em seu testemunho, a psicóloga enfatizou a impossibilidade das mudanças do HJM serem isoladas das transformações maiores que o país sofreu a partir de 1990, quando as questões ideológicas tiveram que ceder lugar à sobrevivência do funcionalismo público, que passou a ser o grande vilão do déficit público.

Deve-se ressaltar que, por mais que a proposta original tenha se perdido como prática instituída, dela ainda sobrevivem resquícios em determinados movimentos e projetos, como a criação do Centro de Atendimento Diário (CAD), do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e do Horto. A própria qualidade de atendimento denuncia que em certos setores existe uma resistência calada, uma cumplicidade de resistência silenciosa que provavelmente passa pelo afeto. É como se o HJM possuísse uma prática de

autogestão, a partir do aprendizado, com suas dificuldades e necessidades.

Para a psiquiatra, a criação do HJM se deu com o objetivo de oferecer atendimento à população que não possuía nenhuma referência na área. Sua criação tinha também como objetivo a diminuição das internações em hospitais privados. A estrutura básica, pensada e incrementada na época, foi a de um hospital de pequeno porte, com uma emergência de agudos, uma pré-internação onde os pacientes ficariam por um período de curta duração, duas enfermarias: uma feminina, outra masculina, um ambulatório para crianças, adolescentes e adultos. Seu corpo técnico estaria distribuído em mini-equipes multidisciplinares que acompanhariam os pacientes em todos os momentos do hospital. No início, a proposta foi seguida integralmente, mas, com o aumento da demanda de pacientes, o HJM passou a ter três instâncias estanques – pré-internação, enfermaria e ambulatório –, com reuniões separadas e sob supervisão. O lugar de encontro de todo o hospital se dava nas assembléias semanais realizadas depois da reunião de setores. Essa proposta acabou se perdendo, segundo a entrevistada, quando foi extinta a assembléia de funcionários e a supervisão clínico-institucional. Por mais que considere que a instituição ainda alcança um alto grau de resolubilidade nos atendimentos, reconhece que nos dias atuais falta comunicação entre os setores e técnicos. Considera também que o hospital se distanciou de sua proposta inicial, com a extinção da pré-internação. Para a psiquiatra, este setor representava as instâncias mais importantes de todo o projeto do HJM, à medida em que abria para a internação, fechava, ao mesmo tempo, para a cronificação.

No ano de 1996, é estabelecido o convênio 31/96 entre o Governo Federal e a Prefeitura do Rio de Janeiro, que propõe transferir a gerência da CJM para a esfera municipal. Após este ato, a CJM é subdividida em três unidades distintas, cada uma com gerência própria: o Instituto Municipal de Assistência a Saúde Juliano Moreira (IMASJM), responsável pelos antigos

núcleos da CJM, agora denominados de abrigos asilares: o Hospital Municipal Álvaro Ramos (HMAR) – hospital de referência clínica da área da CJM e das comunidades adjacentes –, e o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini (HMJM), pólo de referência psiquiátrica da AP IV. Apesar de ter passado à gestão municipal, continuou mantendo vínculo com o Ministério da Saúde, no que compete aos trâmites administrativos referentes aos funcionários federais lotados na unidade. A administração, a escolha dos cargos de direção, assim como todo o processo de renovação de pessoal ficou sob a responsabilidade do Município do Rio de Janeiro. A União passou a participar de forma indireta, apenas como repassadora de verbas provenientes do processo de descentralização. Esta mudança promoveu uma transformação bastante acentuada na unidade.

Nas linhas subseqüentes será descrita a composição organizacional do HMJM nos dias atuais, no que diz respeito às instâncias e projetos.

→ **Direção**

Composta por um diretor, dois acessores e uma secretaria formada por seis funcionários que trabalham em regime de plantão. As funções da secretaria, segundo informações de seu chefe, incluem, além das atividades burocráticas, toda a organização e administração do pessoal lotado no serviço.

→ **Setor de Emergência**

Coordenado por um médico, que também acumula o cargo de vice-diretor e coordenador da divisão médica da unidade, esse setor funciona em dois turnos de plantão: o primeiro funciona das oito às dezesseis horas; nele onde estão lotados dois médicos psiquiatras e auxiliares de enfermagem proveniente da enfermaria. O segundo turno funciona das dezesseis às oito horas e é composto de apenas um médico psiquiatra e dos auxiliares de enfermagem. Em ambos os quadros, os técnicos são responsáveis pelos

atendimentos das emergências psiquiátricas, intercorrências da enfermagem e atendimentos de pacientes ambulatoriais, comparecendo à unidade, mesmo fora de seu horário, ou quando um técnico do ambulatório fica impedido de comparecer ao serviço.

Além da atividade de plantão, existe um grupo de recepção que funciona no período da manhã, de segunda a sexta-feira, formado por um dos médicos do plantão e uma assistente social. Aí são atendidos pacientes de primeira vez, ainda não institucionalizados. Nesse espaço são realizadas dinâmicas de abordagem dos problemas de ordem médica, social ou psicológica, sendo trabalhados os conflitos, dentro das possibilidades do setor. Quando necessário, os pacientes, após orientação, são encaminhados aos centros de atendimentos da rede pública da área. Também são de competência do setor a supervisão das clínicas conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), os pareceres de intercorrências psiquiátricas de outras unidades da rede pública, os atendimentos, por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde, dos pacientes da Fazenda Modelo e os atendimentos dos CAPS da Zona Oeste - Santa Cruz e Campo Grande. Segundo o coordenador desse setor, *a emergência é o depositário das falhas dos setores de enfermagem e do ambulatório, já que funciona ininterruptamente.*

→ Setor de Enfermagem

É coordenado por duas assistentes sociais e divide-se em alas masculina e feminina, com capacidade para cinquenta e oito leitos. Funcionava anteriormente subdividida em quatro equipes, chamadas *mini-equipes*, compostas de um médico, um psicólogo, um assistente social, seis enfermeiros e um quadro de quarenta auxiliares de enfermagem, em regime de plantão. Atualmente a equipe da enfermagem é composta por quatro médicos, três assistentes sociais, - um deles atendendo a duas equipes; três psicólogos, que não fazem parte de nenhuma equipe, estando envolvidos apenas nos

atendimentos das demandas existentes e atividades de oficinas; três auxiliares terapêuticos e um estagiário de psicologia, atuando em acompanhamentos individuais, atividades livres, acompanhamento nas atividades de oficinas e no Centro de Atendimento Diário (CAD), sob supervisão de um psicólogo.

As atividades da enfermaria consistem em atendimento médico individual, atendimento psicológico individual, atendimento do serviço social, atividades de hospital-dia e atividades de oficina. Segundo uma das coordenadoras, *estas atividades ainda se encontram pouco estruturadas e sem nenhum planejamento*. As oficinas existentes são oficina do jornal Cuca Livre, realizada por uma psicóloga; oficina de contos de fadas, realizada por um psicólogo e por uma estagiária; oficina de leitura do jornal e oficina de trabalhos manuais – costura, bordado e confecção de tapetes –, realizada por uma assistente social. A relação da enfermaria com os outros setores é informal e sem nenhuma integração.

→ Setor de Ambulatório

Coordenado por uma assistente social, são concentradas as atividades de terapia clínica, psicoterapias individuais e em grupo, grupo de triagem da enfermaria, grupo de recepção e um setor de terapia ocupacional, onde são realizadas atividades expressivas dos pacientes extra-hospitalares e da enfermaria. Atualmente o setor conta com vinte psiquiatras, sete psicólogos, dois assistentes sociais e dois terapeutas ocupacionais, produzindo uma média de três mil consultas por mês.

O Centro de Orientação à Infância e Adolescência (COIA), coordenado por um psicólogo, atende a pacientes até a idade de 18 anos por meio de tratamento farmacológico e psicoterápico. Seu quadro é constituído de dois médicos, um assistente social e uma recreadora.

→ Projetos Especiais

Foram criados como alternativas terapêuticas: o Centro de Atendimento Diário (CAD) e o Horto, este cooperativado.

O CAD conta atualmente com um quadro funcional composto de uma coordenadora psiquiatra, dois psiquiatras, três psicólogos, dois auxiliares de enfermagem e seis estagiários. Sua proposta é trabalhar a possibilidade de ressocialização, criar um espaço de convivência para os pacientes e agilizar oportunidades de inserção dos mesmos no mercado de trabalho. Esta última perspectiva ainda se encontra muito precária, por falta de infra-estrutura organizacional. Segundo a coordenadora do setor, as atividades oferecidas no momento são oficinas terapêuticas de atividades expressivas, fotografia, serigrafia, pintura e vídeo. Além dessas atividades estruturadas, todos os dias é realizada uma reunião dos integrantes para troca de experiências. São realizados, também, grupos com as famílias dos pacientes, quando são trabalhadas questões de ordem social e de relacionamento.

O número de vagas disponível nas oficinas é em média de trinta, o que é ainda insuficiente, segundo a mesma coordenadora, frente à demanda existente. Dessas vagas, muitas são destinadas à enfermagem e ao ambulatório, diminuindo ainda mais a possibilidade de absorção de pacientes sem nenhum tipo de tratamento, com indicação exclusiva para essas atividades. Diante de sua importância, já comprovada na prática psiquiátrica mundial, essa estrutura passou desde junho de 1998 para o CRIS e, com incentivo e investimento do município, se transformou em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O Horto é um projeto cooperativado, que conta em sua equipe com dois psiquiatras, um psicólogo, um auxiliar de administração, um coordenador de campo e um funcionário de limpeza da empresa Nacional. As atividades

desenvolvidas consistem no plantio, colheita e venda de ervas, hortaliças e legumes e produção de humos, com a manutenção de um minhocário. Atualmente com dezesseis pacientes participando das atividades, tem como objetivo a utilização do trabalho como forma terapêutica de expressão e resgate do potencial produtivo. A supervisão dos trabalhos, além de ser feita pelos técnicos do hospital, conta também com a participação voluntária de um agrônomo da EMATER.

Os produtos das atividades são comercializados em três postos de venda dentro da Colônia (HMAR, IMASJM e HMJM) e o que é arrecadado reverte para os próprios pacientes. As atividades grupais, que envolvem pacientes e familiares, realizam-se uma vez por semana. A equipe se reúne uma vez na semana para avaliação dos pacientes e de novos projetos.

Conforme informação do psiquiatra, estão sendo plantadas quinhentas mudas de coqueiro anão em um alqueire de terra na frente do hospital, sob patrocínio e supervisão da EMATER.

As dificuldades encontradas nesse projeto consistem basicamente no transporte dos produtos. O psiquiatra entrevistado relata que a direção do HMJM, tem dado um grande apoio ao projeto, com o dinheiro arrecadado na cantina do hospital. Por iniciativa do Horto, foi criada a associação de usuários, familiares e amigos do HMJM que, por vir a possuir número próprio no cadastro geral do contribuinte adquire maior independência da gestão central, podendo realizar parcerias e obter patrocínios de secretarias, de entidades privadas, nacionais e do exterior, e organizações não governamentais.

Apesar de não fazer parte da estrutura organizacional do HMJM, encontra-se em atividade o grupo de Alcoólatras Anônimos Liberdade e Saúde

que participa da abordagem dos pacientes alcoólatras internados, em seguimento de tratamento, após alta hospitalar, ou sem nenhum vínculo com o hospital.

→ **Setor Administrativo**

A parte administrativa é composta de uma lavanderia com quatro funcionários diaristas, uma portaria e uma rouparia, com seis funcionários plantonistas que exercem as mesmas funções, um almoxarifado, com dois funcionários diaristas, e o setor de transportes com um motorista. Além do quadro permanente, conta, em sua composição, com duas firmas contratadas, de manutenção e de conservação.

Segundo o coordenador deste setor, a grande dificuldade está na escassez de material e de profissionais para manter as atividades em andamento. Por conta da falta de pessoal, acaba realizando tarefas destinadas a seus funcionários, em vez de ficar apenas coordenando o setor. Sua função consiste na parte de zeladoria da unidade.

→ **Centro de Estudos**

A parte acadêmica é representada pelo Centro de Estudos, atualmente subordinado à Secretaria Municipal de Saúde, com a função de promover encontros, palestras, debates, cursos e jornadas, ligados à área de saúde mental coordenando também a residência médica e os estágios.

Atualmente, é composta por dois psicólogos, um psiquiatra e uma recreadora, que participa a título de colaboração. A estrutura organizacional inclui os cargos de presidente, diretor técnico e secretário. Para melhor compreensão do funcionamento do Centro e das atribuições de cada cargo, segue em anexo (anexo 2) o estatuto dos Centros de Estudos dos Órgãos e Unidades da Secretaria Municipal de Saúde, entre os quais se inclui.

→ Setor de Apoio Técnico

Coordenado por um médico, é composto pela farmácia, pelo Setor de Arquivamento Médico (SAME), pelo setor de faturamento, estatística e registro. Seu quadro é composto por dezoito funcionários. Segundo o coordenador, devido à falta de estrutura do hospital, o setor de apoio técnico acaba lidando diretamente com a clientela, no que tange à resolubilidade de problemas.

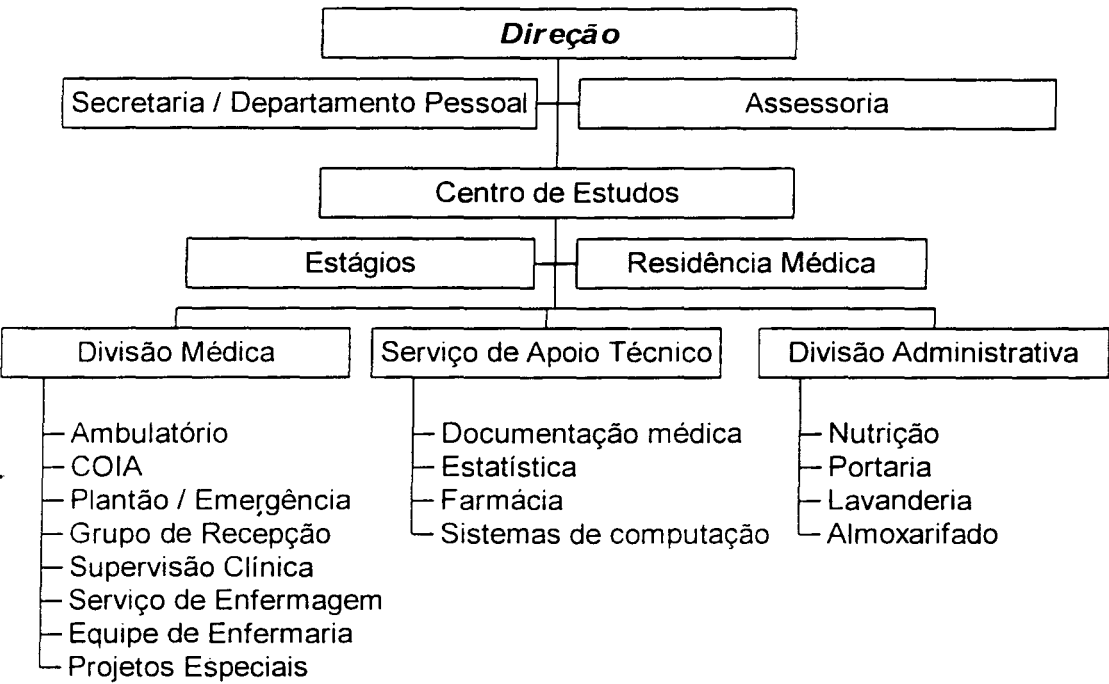
Pela lista que se segue, pode-se verificar o quantitativo de funcionários lotados na unidade em estudo, agrupados por categoria funcional.

- Administradores: 2
- Auxiliares de enfermagem: 45
- Agente de serviços complementares: 1
- Auxiliar de serviços complementares: 1
- Assistentes sociais: 10
- Auxiliares operacionais de serviços diversos: 23
- Agentes de portaria: 6
- Agentes administrativos: 22
- Artífices de confecção: 3
- Bibliotecário: 1
- Biólogo: 1
- Enfermeiros: 4
- Farmacêutico: 1
- Médicos: 46
- Motoristas oficiais: 2
- Nutricionistas: 2
- Psicólogos: 10
- Técnico de contabilidade: 1
- Técnicos de assuntos educacionais: 2

- Terapeutas ocupacionais: 3

O organograma oficial da unidade, enviado em 31/07/98 à Divisão de Saúde Ocupacional do Ministério da Saúde, no relatório anual descritivo de atividades de risco ocupacional do Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, pode ser visto no anexo 3.

Segundo o próprio vice-diretor e o chefe da secretaria, o organograma atualmente em prática, não corresponde ao oficial. Sua estrutura pode ser visualizada a seguir:



Após a pré-municipalização, em julho de 1996, foi encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde o projeto de lei 201/97, solicitando autorização do poder executivo municipal para alterar a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e criar as unidades assistenciais mencionadas acima. Sua importância se deve ao fato de definir os cargos e gratificações de forma mais clara e transparente. A grande dificuldade para

implantação do novo modelo deve-se à falta de pessoal qualificado para exercer as funções e ocupar os cargos estabelecidos. Sua estrutura, sancionada pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro em 04/07/98, e publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, pode ser apreciada no anexo 4.

5. METODOLOGIA

Este capítulo visa a descrever o universo e amostra, o modelo de seleção de sujeitos, a coleta e tratamento dos dados e as limitações do método dialético utilizados na pesquisa.

5.1. Universo e amostra

O universo de pesquisa compreende a direção e coordenação dos diversos setores e projetos, agentes de saúde e agentes de apoio do Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, unidade da Colônia Juliano Moreira, órgão do Ministério da Saúde.

A amostra está relacionada a uma percentagem dos agentes de saúde e agentes de apoio do HMJM, bem como a direção e coordenação dos diversos setores e projetos.

5.2. Seleção dos sujeitos

Os sujeitos da pesquisa de campo se constituíram nos agentes de saúde – médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem –, agentes de apoio – agentes administrativos, auxiliares de serviços operacionais, auxiliares de serviços complementares, auxiliares operacionais de serviços diversos, agentes de portaria, motoristas oficiais, nutricionistas –, direção e coordenação dos diversos setores e projetos.

5.3. Coleta de dados

Inicialmente foram levantadas as histórias administrativas e institucionais da CJM, para que se pudesse ter uma visão mais clara dos objetivos da criação do HJM. Em seguida, foram delineados os objetivos iniciais do HJM, no que se refere à sua estruturação administrativa e seus fins assistenciais.

Em virtude dessa unidade hospitalar ter sido criada há apenas dezesseis anos, foram realizadas entrevistas com profissionais que participaram de sua criação e estão atuando nela até a presente data.

Por fim, foram realizadas entrevistas com a atual direção e coordenações de setores e projetos, a fim de se ter uma visão do funcionamento institucional como um todo.

Julgou-se relevante obter, por meio de entrevistas (anexo 5) com os ex-diretores, que administraram a unidade desde a sua criação, uma visão ampla de seu funcionamento, ainda que fosse pequeno o tempo de existência da unidade – dezesseis anos –, e que por ela só tenham passado oito diretores. As entrevistas só foram realizadas com três dos ex-diretores, devido a mudanças e a outros problemas que fogem ao mérito do presente estudo.

Foram também aplicados questionários ao corpo técnico (anexo 6) e pessoal de suporte técnico-administrativo (anexo 7), com objetivo de verificar, do modo mais transparente possível, como se comporta cada categoria frente às questões da doença esquizofrênica e da estrutura organizacional.

Foram construídos dois tipos de questionários, que, abordando um mesmo tema, apresentam formas distintas quanto ao sistema de obtenção de

dados. Para o pessoal de nível técnico e superior (médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais) o questionário solicitou respostas dissertativas, para que os profissionais se sentissem mais a vontade ao explicar seus pontos de vista. O pessoal de nível médio, recebeu questionário de formato simplificado; as respostas apareciam marcadas assertivamente, permitindo que mais rapidamente se alcançassem os dados requeridos.

O primeiro questionário foi distribuído para quarenta e cinco profissionais, na seguinte proporção: vinte psiquiatras, dez psicólogos, três assistentes sociais, cinco terapeutas ocupacionais, seis enfermeiros e um neurologista. Desse total, foram devolvidos, em um período de doze meses, vinte e sete questionários, perfazendo um total de 60%.

Para os agentes de saúde, foi feito um questionário semi-estruturado, explorando a visão de cada um sobre os temas administrativos e técnicos que envolvem suas atividades profissionais na instituição. Esse questionário foi distribuído para quarenta funcionários, na seguinte proporção: cinco agentes de portaria, sete agentes administrativos, treze auxiliares de enfermagem, doze auxiliares de serviços diversos, uma costureira e um motorista oficial. Desse total, foram devolvidos trinta e seis questionários (90%), no prazo de seis meses.

5.4. Tratamento dos dados

Uma vez que o projeto se propõe a identificar os processos administrativos e institucionais que espelham e estruturam as práticas terapêuticas em suas diferentes nuances, considera-se adequada a utilização de questionários e entrevistas dirigidas.

A análise qualitativa surge como consequência da necessidade de se avaliarem as contradições teórico/práticas que, ao permearem as relações administrativas/institucionais, levam a uma deturpação e cristalização da atuação profissional, refletindo diretamente sobre a qualidade do serviço e, conseqüentemente, sobre a eficácia do atendimento ao usuário.

A análise quantitativa surge como consequência natural dos dados colhidos nos questionários e entrevistas, fornecendo maiores subsídios para a análise das contradições e da dinâmica institucional.

Para uma análise mais detalhada da organização em estudo, buscou-se um modelo referencial que contemplasse as variáveis mais significativas. O modelo escolhido foi o quadro conceitual de Gay Galbraith, adaptado pelo professor Bianor Cavalcante Scelsa, no texto **Diagnóstico e modelagem organizacional**, em que são colocados em destaque elementos organizacionais, que, ao serem vistos como um todo, permitem se ter uma visão, a mais abrangente possível, da instituição em estudo.

Assim, pelas entrevistas e questionários foram focalizados aspectos como tarefa, estrutura organizacional, estrutura de informação e processo decisório, sistema de recompensas e estrutura de pessoal.

Cada tópico em questão apresenta desdobramentos e aprofundamentos que são observados neste estudo.

5.5. Limitações do método

Além da utilização de uma única unidade hospitalar do Ministério da Saúde, o que, por si, já é um fator de limitação para que se compreenda a

estrutura e funcionamento de um modelo, podemos considerar que a metodologia utilizada apresenta alguns aspectos limitantes, que serão relatados a seguir.

Segundo Zajdsznjder,

A visão básica do método dialético é a mudança, segundo um processo contraditório. Mas os processos contraditórios não se encontram isolados. Formam uma totalidade geral, onde cada parte dá sua contribuição e tem, em seu movimento, um lugar no todo.⁵¹

Por isto, pode considerar-se como fator limitante para a utilização desta metodologia, o fato de tornar-se difícil a análise de todas as contradições e de todos os pares de opostos já que, como foi abordado no referencial teórico, existem tantas estruturas quantas são as relações estabelecidas em nível institucional. Outro fator limitante é que, segundo a visão dialética, o conceito de verdade nunca se completa. Considerando-se que a análise dos dados coletados se deu transversalmente, com um corte num determinado momento, este não mais corresponderá à verdade do momento seguinte

Por fim, como os dados coletados são em grande parte resultantes de entrevistas e questionários aplicados a técnicos, chefias, e agentes, considera-se que a subjetividade e resistência à abordagem da pesquisa pode turvar, em parte, o nível de consciência dos processos e de suas transformações.

⁵¹ - ZAJDSZNIJDER, Luciano. *Métodos do pensamento*, p. 21.

6. ENTREVISTAS

A fim de se ter um perfil abrangente da estrutura organizacional em análise, considerou-se de grande relevância obter, por meio de entrevistas com os diretores, corpo técnico e pessoal de nível médio, uma visão ampla de seu funcionamento.

6.1. A dinâmica organizacional do HMJM na visão de sua direção

Objetivando traçar um perfil mais profundo da estrutura organizacional, julgou-se pertinente entrevistar o diretor atual e ex-diretores dessa unidade. Foram entrevistados três ex-diretores.

O primeiro ex-diretor entrevistado relatou que o HJM, por mais que seja um hospital de pequeno porte, funciona de forma não azeitada, esquizofrênica, apresentando um organograma compartimentalizado. A relação de poder, segundo seu prisma, é bastante democrática, com espaço criativo e participativo para deliberação dos funcionários, sendo que poucas vezes a direção tomou decisões verticais. Em sua ótica, a motivação dos funcionários vem caindo gradativamente por conta de fatores gerais, públicos, como o achatamento salarial progressivo e o impedimento, em nível local, de maior autonomia da organização, por conta de entraves de gestão superior. Ao mesmo tempo, alega que a maioria do corpo clínico não busca aperfeiçoamento extra-hospitalar e se agrupa em equipes que funcionam de forma esquizofrênica, compartimentalizada, pecando por não possuírem um comportamento mais sincronizado. Durante sua gestão, tentou, sem êxito, criar uma recepção integrada para evitar a entrada de pacientes pelo ambulatório e emergência. Administrativamente, terminou com as reuniões de

setores, que considerava de caráter burocrático e administrativo, propondo reuniões dos técnicos por área de afinidade. Segundo ele, tal tentativa também não obteve sucesso. Alega ainda ter encontrado grande dificuldade em sua gestão por não possuir um quadro de direção, contando apenas com a coordenadora da emergência; por estar com uma equipe técnica bastante desfalcada, principalmente em nível de plantão, tendo que contar com profissionais em regime de prestação de serviço que atrapalhavam, a seu ver, a dinâmica de funcionamento, e por estar subordinada à direção da CJM, em uma época politicamente difícil de gerência da máquina pública (na presidência da República estava Fernando Collor de Melo). Com os funcionários do hospital, mesmo tendo sido considerado um diretor muito duro e exigente, tentou estabelecer um exercício democrático.

O segundo entrevistado relatou ter uma visão do hospital antes de sua gestão, o que veio a se confirmar em sua direção. A seu ver, o H.J.M era uma instituição com estrutura hierárquica cristalizada e ineficiente, sem poder de fato, com funcionários desmotivados e despreparados, que não atendiam a ordens, mesmo as de rotina, só executando atividades negociadas. As equipes não possuíam nenhuma integração, permitindo que técnicos e funcionários atuassem de forma independente. Tentou, infrutiferamente, estabelecer uma rotina de trabalho que garantisse um funcionamento mínimo dos setores. O insucesso da proposta, a seu ver, se deu devido à grande resistência a qualquer mudança na dinâmica já cristalizada. Considerou como êxito em sua gestão a manutenção de todas as atividades básicas, apesar da carência de recursos. Durante sua gestão houve um aumento do número de atendimentos ambulatoriais, sem prejuízo da qualidade, e também a criação de uma administração mais elaborada, com um nível mínimo de planejamento. No que se refere à relação com a instância superior de decisão, relata o ex-diretor que:

À época de nossa direção, o HJM era unidade dependente da CJM. Na primeira metade da minha gestão tive um ótimo relacionamento com a CJM. Após mudança desta, a postura autoritária e desrespeitosa da nova direção impediu um relacionamento salutar e até mesmo profissional. Optei por sair da direção por esse motivo.

Mesmo com todas as dificuldades, considerou que, em sua gestão, o hospital continuou fiel à proposta original de sua criação, disposta na resolução número sete (anexo 1).

O diretor atual relatou que o hospital foi criado com um ar de hierarquia que confundiu a cabeça das pessoas, pois, em sua visão, o HMJM não tem hierarquia e os funcionários não têm compromisso com seu trabalho. Segundo o mesmo, é mais difícil lidar com os funcionários do que com muitos dos pacientes. Não considera a motivação o problema que leva a este tipo de comportamento, já que, em sua opinião, os funcionários públicos ganham mais que a média do mercado. Segundo esse diretor mesmo, quando tomou posse dando início sua gestão, encontrou o hospital abandonado e mal cuidado

Atualmente, o HMJM adquiriu autonomia no papel, mas ainda é dependente orçamentariamente do Município. Mesmo existindo essa dependência, considera que a mudança do tipo de relação com a hierarquia superior, por ser mais próxima, facilitou em muito sua direção. Ressaltou ainda que o Município tem interesse em que suas unidades funcionem. Isto só não é mais exequível pela burocracia de repasse de verbas da União. De uma forma geral, considera que, no momento, existe uma maior harmonia e unidade entre os funcionários que se relacionam dentro da unidade.

Dentre as propostas implementadas, encontram-se: abertura do Centro de Estudos; melhoria da parte física do hospital: pintura do prédio, abertura de um poço, aquisição de lâmpadas de emergência e de ambulâncias terceirizadas em convênio com o Município. Na parte administrativa criou o

departamento pessoal e mantém a secretaria aberta no horário compreendido entre as oito e as dezessete horas. Na parte técnica, conseguiu que o hospital tivesse sua própria residência médica, não mais subordinada a CJM e abriu estágios remunerados e não remunerados para auxiliar psiquiátrico e em psicologia. Comentou, também, que os projetos especiais como o CAD, CAPS e Horto têm total apoio e incentivo. A grande ressalva feita é a constatação de que, o número de atendimentos desses projetos é, em média, de oitenta pacientes por mês enquanto o HMJM, em seu atendimento clássico, atende a uma média de cinco mil pacientes por mês. Por entender que o hospital tem que passar por uma revolução técnica profunda, em que discurso progressista fará acompanhar-se de uma prática também progressista, tem como proposta a criação de espaços no Centro de Estudo, que proporcionem encontros com profissionais especialmente convidados, como um psiquiatra espanhol que participou da reforma psiquiátrica em sua cidade.

Para esse entrevistado, o hospital, por mais que apresente todas as dificuldades citadas, não perdeu sua proposta original, quando constata que o número de Autorizações de Internação Hospitalar –AIH- é a menor de toda a rede pública psiquiátrica.

6.2. Visão do corpo técnico sobre a doença esquizofrênica e a estrutura organizacional do HMJM

O primeiro grupo de perguntas visa a estabelecer o nível de conhecimento da doença, no que tange à sua etiologia, aos quadros clínicos, à evolução e às abordagens terapêuticas.

Em relação à doença esquizofrênica, os dados colhidos não são diferentes do conhecimento teórico existente. A esquizofrenia, para 92,60%

dos entrevistados, constitui-se em uma síndrome crônica e incapacitante, caracterizada pela cisão do psiquismo, que evolui em surtos, com deterioração da personalidade. Sua etiologia é multifatorial, com determinantes genéticos, bioquímicos, constitucionais, familiares e com fatores precipitantes sociais, familiares, causados por crises vitais, e biológicos. Outras formas de leitura podem ser feitas, como: uma forma de expressão de resistência a toda a alienação política, econômica social e psíquica em que a nossa sociedade funciona (3,7%), ou psicose de evolução crônica, que se caracteriza basicamente pela reestruturação da relação com a realidade e com o investimento narcísico no mundo autista (3,7%).

Outra série de perguntas avaliou o nível de integração dos setores técnicos e administrativos.

Dos entrevistados, 70,37% consideraram o trabalho em setores desarmônico e desintegrado, tendo sido usada a imagem de Torre de Babel para ilustrar o fenômeno. O setores também foram considerados estanques, cada um desempenhando função específica, sem muita troca e sem interesse no conjunto de ações globais.

Foi constatada, de um modo geral, a não existência de *vasos comunicantes, de um fluxo regular de informações e de procedimentos que se complementam.*

Em relação à integração dos setores técnicos aos de suporte administrativo, as respostas também confluíram para a falta de comunicação (85,18%), só ocorrendo pelos canais afetivos (30,00%). Foi visto que *os setores administrativos e de suporte têm uma interdependência por promoverem infra-estrutura e não se comprometerem com o resultado final da ação, que é o melhor atendimento ao cliente.* Essa falha de integração foi

citada em uma das entrevistas como um sintoma da psicose institucional. Também foi citado o fato de o pessoal de apoio não entender o trabalho técnico, avaliando que esses funcionários não dão o melhor de si. Foi relatada em um dos questionários a necessidade de reciclar os profissionais do setor administrativo.

O espaço hospitalar não foi considerado por 70,37% dos técnicos entrevistados como um elemento terapêutico. Respostas como anti-terapêutico, cronificador, longe da modernidade, pouco atraente e ocioso, segregador e um malefício foram as mais citadas. Dos entrevistados, 44,44% consideraram a possibilidade de torná-lo terapêutico à medida que pudessem ocorrer encontros entre pessoas – técnicos e clientela. Outros 55,56% consideraram que só é terapêutico como um espaço de contenção de crises.

As perguntas treze e quatorze avaliaram a necessidade de uma prática administrativa específica para a doença esquizofrênica. Dos entrevistados, 74,07% pensam que a prática administrativa em execução deve ser mudada, porém muitos não souberam dizer que tipo de mudanças se fazem necessárias. 14,81% dos entrevistados responderam sobre a necessidade de cuidados específicos dentro e fora do hospital, ou sobre a necessidade de treinamento, capacitação e formação de um conhecimento teórico mínimo para os funcionários de nível básico. Outras respostas (7,40%) como internação voluntária, criação de quartos individuais, acompanhamento de familiares na internação, planejamento descentralizado e integrado a cada unidade hospitalar atendendo às suas necessidades, também foram dadas.

Algumas respostas (3,72%) deixaram claro o despreparo dos profissionais de saúde quanto ao conhecimento administrativo-gerencial. Como exemplo poderia-se citar o respeito à cidadania; a mudança do espaço relacional ou a necessidade de se percorrer o conceito de psicose para instituir

um novo modelo de prática clínica.

As perguntas quinze e dezesseis procuraram avaliar o indivíduo na organização, verificando como interage em nível de relações individuais e setoriais e quais são as dificuldades encontradas no exercício das funções.

O resultado desta questão reflete de maneira expressiva a diversidade e o número de atividades e inter-relações encontradas.

Coordenação, supervisão de estágios, atendimentos individuais e em grupos, atividades de terapia ocupacional, atividades de reuniões, seminários, estudos e pesquisas foram algumas das respostas recolhidas. As inter-relações também apresentaram uma enorme variedade de possibilidades e qualidades, como: relações por afinidade com os pacientes, exclusivamente, e com setores administrativos e técnicos em todas as combinações possíveis.

As dificuldades apresentadas podem ser divididas em duas categorias, as de cunho afetivo e as de teor organizacional, em seu aspecto funcional.

Foram encontradas respostas como:

- grande demanda para um serviço com uma oferta limitada;
- falta de atividades que reúnam todo o hospital –assembleia;
- falta de critério diagnóstico nos encaminhamentos para os setores;
- falta de vagas nos setores de ambulatório;
- falta de medicamentos, material para a terapia ocupacional, receituários;
- falta de condições mínimas de trabalho, como o isolamento do mundo exterior, devido à precariedade dos telefones;
- falta de condições mínimas de alimentação, de um espaço que

permita o descanso durante o período em que não se está trabalhando;

- falta de planejamento.

As perguntas dezessete e dezoito procuraram avaliar a visão que os técnicos têm da qualidade dos serviços oferecidos e as propostas de mudanças para a sua melhoria, quando necessária.

Por mais que os profissionais avaliem como boa – 87% dos entrevistados – a qualidade de serviços oferecidos, essa qualidade encontra-se longe da proposta original. Respostas como:

- uma boa qualidade em atendimento tradicional;
- apesar das dificuldades entre setores e técnicos, o HMJM executa o básico;
- comparado com outras instituições é de regular a bom;
- boa como monitoramento de sintomas;
- progredindo;
- um serviço público ruim, mas que cumpre o seu papel;

corroboram a idéia. Dos entrevistados, 13% chegaram a considerar explicitamente que o serviço tem uma qualidade ruim como um todo.

Quanto às propostas de melhoria da qualidade de serviço, 92,5% dos entrevistados sugeriram a criação de novas formas de atendimento ou incremento das modalidades alternativas que estão em funcionamento, como: recepção integrada, hospital-dia, atendimento diário, grupo operativo com a equipe da internação, aumento da oferta e serviços como o CAD e o horto, trabalhos comunitários, aumento da oferta de remédios, maior atividade nos grupos de família, mais atividades terapêuticas para pacientes internos e criação de equipes inter-disciplinares. Desses entrevistados, 22,22% colocaram a necessidade de reinstituir as supervisões institucionais e clínicas,

poderiam dar noção do funcionamento do hospital:

- vejo de forma perplexa.

Para entendermos de forma mais clara a complexidade dessa relação, que em nenhum momento é unilateral, extraímos na íntegra a resposta de um dos entrevistados, que argumenta:

A ausência de uma leitura crítica por parte do coletivo do hospital e das pessoas que ocupam estes cargos de poder que certamente tem conduzido a posturas políticas equivocadas, ingênuas, arbitrárias, confusas ou radicais que acabam produzindo intenso mal-estar. Muitas vezes, o trabalho prazeroso se torna penoso, pois está cercado por um estado de coisas que traduzem uma alienação coletiva. O prazer é substituído pelo sofrimento, a liberdade de criação por uma obediência cega às normas, a alegria pelo tédio, e a vontade de produzir pela apatia. Adoecemos um pouco mais dentro da unidade que agimos como agentes de saúde.

Em relação ao aspecto motivacional, individual e coletivo – como também, às causas da sua perda –, 96,29% dos entrevistados consideram baixo. Pareceres como: perversa, pouco motivados, desgastados, cansados e desvalorizados, dramática, ruim, crítica, um karma, uma questão metafísica e necessita ser priorizada foram algumas manifestações obtidas das entrevistas. Em relação às equipes, as respostas seguem o mesmo perfil da pergunta anterior. Como exemplo, pode-se citar: *As equipes estão cronificadas, desgastadas e desacreditadas. Não há interesse em falar do trabalho. A enfermagem não tem o trabalho reconhecido pelos técnicos. Não tem técnicos suficientes e os que têm não são reconhecidos.*

As causas relacionadas à perda da motivação podem ser listadas como se segue:

- salários baixos e congelados;
- profissionais moralmente desvalorizados, materialmente carentes, fisicamente adoecidos, sem participação nas decisões,

com sobrecarga no trabalho e sem incentivos - cursos, congressos:

- a política de privatização e a não existência de uma política de saúde e, sim, de uma política na saúde;
- as condições precárias dos hospitais - materiais, humanas e estruturais;
- a desarticulação da instituição, com ela própria, com outras e com o sistema de saúde, que acaba criando um sistema perverso sem perspectiva de melhoria;
- vício do funcionalismo, muitas vezes despreparado para trabalhar em instituição psiquiátrica;
- a falta de recompensa para quem trabalha, sendo este, até castigado, enquanto quem trabalha mal fica impune - privilégios diferenciados;
- nível de vaidade e ambição das pessoas que se reflete em competitividade desmedida;
- a dificuldade em lidar com o trabalho que priorize quantidade e qualidade simultaneamente;
- a falta de espaço real para trocas e crescimento.

Apenas 3,71% entendem que não existe falta de motivação individual e nas equipes.

As perguntas vinte e cinco e vinte seis avaliaram a disponibilidade do corpo técnico em seu trabalho cotidiano e na inserção em projetos novos. A maioria dos entrevistados se limitou a descrever suas atividades como:

- programa de educação e supervisão de estágios;
- atividades de atendimento nos diversos setores do hospital;
- realização de triagem;
- atividades de coordenação de setores e projetos.

Quanto à disponibilidade para novos projetos, 28,57% dos entrevistados apresentaram *alguma* disponibilidade condicionada ou não às condições de trabalho, como pode ser visto abaixo:

- procuro contribuir, mesmo que indiretamente;
- gosto do que faço, dos pacientes e colegas;
- disposta a colaborar com projetos que melhorem a vida dos usuários;
- me vejo inserido, querendo avançar no trabalho com residentes e estagiários;
- tenho grande interesse em pensar e discutir o trabalho realizado;
- tenho disponibilidade de acordo com o surgimento de novos projetos;
- estou disposto a realizar mudanças se acarretarem na melhoria da assistência a pacientes.

As respostas que apontam para pouca ou nenhuma disponibilidade, dadas por 81,43% dos entrevistados, podem ser exemplificadas nos seguintes relatos transcritos:

- estou envolvido pela relação com os amigos de trabalho;
- me sinto só e velho como os pacientes;
- estou cansado de lidar com uma rotina em que as pessoas chegam sem filtragem. Não tenho disponibilidade no momento, mas poderia ser útil em outros setores;
- trabalho se avoluma havendo pouco respaldo para resultados satisfatórios;
- sistema é de mão única com risco de autodestruição;
- não tenho desejo de operar mudanças no trabalho;
- não me sinto atraído em participar de novos projetos no momento;
- médico não tem como recusar novos pacientes e não tem como dividir pendências para desavolumar tarefas. Não tem tempo

para se preocupar com novos projetos:

- a instituição deveria mobilizar mudanças que estimulassem a criatividade do pessoal.

A pergunta vinte e sete focalizou os fatores que facilitam ou dificultam novas propostas no aspecto técnico, administrativo e político. Dos entrevistados, 45.43% apontaram como fatores dificultadores questões de ordem política, burocrática, motivacional, carencial e estrutural, como pode ser visto no relato a seguir:

- no serviço público, o implemento de novidades depende muito das pessoas que ali estão;
- a escassez de técnicos, entraves burocráticos e políticos;
- a tendência do instituído em reprimir o instituinte;
- a descrença nas novidades. As pessoas vão desacreditando e sendo desacreditadas;
- falta de trabalho coletivo, supervisão e medo de colocar as próprias verdades;
- o entendimento da saúde e principalmente, da saúde mental em sua proposta, dimensão e execução;
- a dificuldade de se estabelecerem articulações com os seguimentos institucionais;
- a implantação de novos projetos não são problema de ordem politico-administrativa e sim problemas de resolução pessoal;
- a rivalidade entre setores.

Os aspectos facilitadores mais repetidos, extraídos de 33,33% das entrevistas, foram resumidos em:

- a des-repressão de forças instituintes;
- existe disponibilidade da direção do HMJM para acatar e estimular novos projetos;
- a mudança de visão da cúpula decisória, que legisla em prol dos

próprios interesses:

- apoio da direção;
- as modificações do valor dado à saúde como um todo, e principalmente à saúde mental;
- a disponibilidade de outros técnicos, que não os da enfermagem, nos projetos e em sua elaboração;
- a motivação pessoal e o incentivo dos novos ventos que sopram sobre a psiquiatria.

Há algumas respostas – 21,23% – que, mesmo não tendo uma relação direta com a pergunta em questão, é importante transcrever para a avaliação posterior.

- os fatores políticos podem ser facilitadores e dificultadores;
- não sei pensar politicamente. Falta de prática. Em nível técnico, facilitaria a responsabilidade e criatividade dos profissionais, aliada à perseverança;
- implantações ?;
- não tenho opinião;
- desconheço fatores facilitadores e dificultadores na implantação, deve haver melhorias na divulgação técnica, política, administrativa.

As perguntas vinte e oito e nove exploraram o contraste entre os valores e crenças no sucesso ou insucesso terapêutico. Dos entrevistados, 33,34% consideram não haver problemas no sucesso terapêutico, enquanto 66,66% consideram poder haver interferência. Passagens ilustrativas foram extraídas do conjunto de respostas e serão apresentadas a seguir.

- acredito que os valores e crenças são levados em conta no processo terapêutico;
- nunca vi no HMJM qualquer desrespeito à individualidade social do paciente;

- o respeito à singularidade deveria ser do ponto de vista ético uma postura constante em todos nós;
- as relações terapêuticas são, dentro de uma sociedade capitalista, relações de dominação, onde o terapeuta é aquele que se apresenta como detentor do poder. Os valores e crenças de cada paciente deveriam ser levados em conta no processo terapêutico, mas não são;
- as equipes de saúde muitas vezes não levam em conta o sentimento do paciente;
- o contraste é flagrante. Muitas vezes o paciente busca um conluio com a doença para que possa sobreviver num mundo de valores perdidos;
- as diferenças e valores têm que existir, mas não podem ser excludentes;
- as equipes de saúde muitas vezes não levam em conta o sentir do paciente;
- acredito muito nos valores individuais. São eles que nos dão a dimensão do sofrimento humano. Creio que a fé em Deus e a Religião podem ajudar muito, na medida em que têm um código ético aceito socialmente trazendo esperança e conforto em situações difíceis;
- levar em conta os valores e crenças no ato terapêutico tradicional não é uma prática generalizada;
- acho que é muito perceptível em sua maioria;
- elas existem em nível social e cultural, mas não são impeditivos do tratamento;
- contraste coloca muita dificuldade. Para ele ser levado em conta o profissional tem que sair do seu lugar de neutralidade científica;
- é necessário que existam pontos de interseção entre a equipe e o paciente;
- acredito que os pacientes procuram normalmente aceitar o

tratamento recebido:

- existe um contraste muito grande. O principal fato a meu ver é a distância entre prática e teoria

A pergunta trinta relaciona-se ao uso do prontuário. Avaliou-se até onde ele cumpre seu papel de instrumento de comunicação, ou ainda, se apresenta outras finalidades. Dos técnicos entrevistados, 92,59% consideram que ele não cumpre, ou cumpre mal o seu papel. Os relatos mais relevantes podem ser apreciados a seguir:

- é um espelho das relações com o paciente, são muito pobres de informação;
- na maioria das vezes não. Deveria conter relatos sequenciais e legíveis;
- mais ou menos. É usado de forma indevida e adversa;
- usado para a comunicação mas apenas parcialmente;
- depende. É um documento auxiliar da comunicação;
- às vezes, alguns prontuários parecem do outro mundo;
- é um instrumento de comunicação deficiente.

Quanto ao fato de ser um instrumento de comunicação e de suas possíveis finalidades, 88,88% dos relatos mostraram que:

- informa sobre a trajetória de uma pessoa no hospital e dos procedimentos terapêuticos;
- é acima de tudo um instrumento legal;
- o prontuário psiquiátrico é um inventário dos desejos de um sujeito emergente, que o saber na maioria das vezes ignora;
- instrumento de informação entre os setores, técnicos e hospitais.

As perguntas trinta e um, trinta e dois, trinta e três e trinta e quatro abordaram a questão da hierarquia, papel catalisador na eficácia terapêutica, critérios de escolha de uma cadeia hierárquica e novas formas de organização,

caso não houvesse concordância com o instituído. As respostas mostraram que 47,82% discordam do papel de um elemento hierárquico catalisador, enquanto 34,78% consideram importante o seu papel. Nas linhas subseqüentes, serão transcritas algumas passagens extraídas dos questionários, que ilustram a discordância com o papel do elemento hierárquico.

- a hierarquia pode ser um fator de anti-produção
- uma equipe só funciona quando as pessoas se agrupam pelo desejo
- é importante ter um olhar horizontal
- é necessário se ter um pensamento comum que permeie a equipe
- se alguém tem o poder e este é colocado em cima dos outros, a tendência é que os outros se acomodem, e esperem que ele faça ou ao menos sinalize o que tem que ser feito. A relação pode se dar pensando junto, trocando para achar uma melhor maneira de atuar em cada problema colocado, inclusive dividindo tarefas, assumindo responsabilidades e podendo falar por uma equipe.
- tem que líder? Líderes se fazem, são eleitos
- a relação pode se dar trabalhando com baixa ansiedade e com um espaço de troca e integração dos vários aspectos transferenciais e contratransferenciais dos clientes com o pressuposto de se construir um 'saber' e um projeto terapêutico para cada cliente. Quem escolhe (inconscientemente) é o cliente. A equipe deveria escutar mais esta escolha.
- se a hierarquia significa domínio de um profissional sobre outros. Deve haver especificidade de função sem superposição excessiva. A relação pode se dar dentro do critério da especificidade de cada profissional, assistindo às necessidades dos pacientes
- dentro de uma equipe multidisciplinar deveria haver uma relação de equidade que facilitaria a escuta e o saber do outro. Os critérios deveriam ser em cima de uma relação de parceria e disponibilidade mútua. A única possibilidade dentro de um

processo terapêutico seria pela supervisão institucional

- não haverá hierarquia se a equipe for mesmo multidisciplinar. Não deve haver cadeia hierárquica. Em caso de necessidade de comando para o trabalho ser produtivo o critério de escolha ideal seria o profissional que passa a maior parte do tempo com o paciente. Na enfermagem por exemplo, seria o enfermeiro
- não é a hierarquia que torna as atividades terapêuticas mais ou menos eficazes e sim o desejo do usuário. A relação passa pelo respeito, compromisso profissional com o paciente e reconhecimento institucional.
- as equipes devem ser coordenadas por uma chefia, mas dentro das equipes a relação deve ser horizontal. O critério seria um espírito de liderança que catalise o trabalho em equipe de uma forma horizontal.

Passagens ilustrativas dos questionários que concordaram com a influência positiva da hierarquia nas equipes multidisciplinares podem ser vistas nas linhas seguintes.

- deve ser exercitada para cada caso em discussão.
- ordem e organização, no sentido de cada um saber o que é preciso, é importante. O critério de escolha seria a empatia e facilidade de abordagem.
- há hierarquia mesmo num formigueiro. O fundamental numa equipe de trabalho multi-profissional e multi-disciplinar é estar amparado no respeito ao próximo, na fraternidade, na igualdade e na liberdade. A escolha deve se basear na ascendência moral, liderança, flexibilidade, experiência, disciplina e conhecimento.
- critérios como definição de linha de atuação da instituição, com programas e projetos bem definidos, debatidos e com fluência de comunicação, facilitam o surgimento natural das lideranças hierárquicas:
- deveria haver, mas nem sempre isto ocorre pela briga de poder.

Os critérios deveriam ser democráticos, participativos e fraternos:

- concordo, na medida em que se consiga harmonizar os diversos saberes em benefício do paciente. Os critérios passam pelo grande conhecimento, experiência clínica e boa relação com os pacientes;
- é necessário se ter uma hierarquia e clareza da responsabilidade de cada membro, respeitando a intimidade profissional de cada um.

Outras respostas que não podem ser consideradas, nem concordantes, nem discordantes, porém enriquecedoras pela riqueza de material, também foram transcritas para posterior análise:

- depende da maneira que se entende hierarquia. Como cristalização pode ser paralisante, como liderança pode ser catalisadora. Desde que mantidos os papéis profissionais de cada categoria a liderança surgirá independente de critérios. O trabalho em equipe pode, em determinados momentos, fluir livremente, em outros pode ser otimizado por uma coordenação catalisadora. Isto não deve ser estabelecido como regra;
- vejo a coordenação como função, mas não um papel ou cargo (falando idealmente). O trabalho em equipe implica todos os membros num compromisso com tarefas e distribuição de responsabilidades. Não se trata de propor um critério ideal, pois os mesmos são circunstanciais, efetivos e não ideais;
- a hierarquia pode ajudar ou destruir a atividade terapêutica. A arte da democracia é difícil. O termo melhor seria diplomacia, pois nunca agrada gregos e troianos e com certeza destruiremos os dois ou seremos destruídos por eles;
- não faço parte da equipe. Funciono como parecerista.

6.3. A visão do nível médio sobre a doença esquizofrênica e a estrutura organizacional do HMJM, existente para seu tratamento

Os profissionais de nível médio, em sua grande maioria – 94,44% –, consideram que o tratamento é a esquizofrenia tem como função primordial o controle de sintomas e crises, sendo que a forma ideal para o seu tratamento é a utilização de medicamentos – 74,99% –, acompanhada ou não de outras estratégias de intervenção, como: psicoterapias – 11,11% – terapia ocupacional – 11,11% – e trabalho social junto à família – 11,11% –.

A abordagem terapêutica em equipes multidisciplinares foi predominante na avaliação de 83,33% dos funcionários. Estes dados vão de encontro à visão dos profissionais de nível superior, como foi visto anteriormente.

A diferença entre especificidade de função na composição das equipes, tendendo mais para a atuação do profissional em sua área específica pode ser vista como fruto da formação desses profissionais. Os mais considerados para a formação da equipe podem ser vistos conforme se segue: psicólogo (94,44%), médico (91,66%), assistente social (83,33%), recreador (63,88%) e enfermeiro (58,33%).

Na visão desses profissionais, as equipes se compõem basicamente das categorias que, efetivamente, atuam na realidade hospitalar. Se essas equipes não podem ser consideradas ideais diante da doença em questão, pelo menos expressam o retrato da realidade institucional em análise.

Alguns entrevistados (33,33%) não vem o trabalho realizado no HMJM, em equipes multidisciplinares, embora a maioria (66,66%) assim o

considerem. Do universo em questão, 54.16% dos funcionários não encontraram fatores dificultadores para a realização desse trabalho enquanto 30,55% os encontraram. Esses resultados não podem ser corroborados pelos dados colhidos nas entrevistas com os profissionais de nível superior, em que 77.77% consideram difícil a abordagem interdisciplinar.

Os principais fatores dificultadores mencionados foram a falta de entrosamento entre os setores, falta de material, individualismo e falta de profissionais.

Os dados acima denunciam a falta de estrutura organizacional dimensionada para o seu fim, tanto em nível de estrutura de setores, quanto em nível de planejamento de profissionais e de materiais. A falta de comunicação, também citada pelos profissionais de nível superior, por mais que tenha sido um dado menos expressivo, ganha importância na análise global a ser realizada a seguir.

A percepção dos profissionais em relação à integração dos setores do hospital, em uma primeira análise chama atenção quanto ao reconhecimento da flexibilidade (48.71%). Esse dado merece ser ressaltado em análises futuras, a despeito da capacidade de integração dos setores. Numa primeira abordagem, sugere um grau de informalidade nas relações bastante satisfatório para superar as dificuldades de integração.

Além dessa informalidade, ressaltada pelos profissionais entrevistados, percebe-se um contraste entre essa visão e a do pessoal de nível superior, que considera os setores estanques e sem integração.

O nível de integração entre os setores técnicos e de suporte administrativos também foi avaliado no que diz respeito à qualidade, rapidez

e disponibilidade interna no atendimento às solicitações.

Por mais que 52,77% dos entrevistados tenham considerado os serviços oferecidos de boa qualidade, 61,10% questionaram a disponibilidade interna para sua execução, considerando-os de regular a sofrível, e 52,76% consideraram-nos lentos.

Esses dados, semelhantes à visão dos profissionais de nível superior, denunciam de uma forma bastante inquestionável a falta de suporte operacional para a realização das atividades-fins. As atividades-meios, segundo avaliação dos funcionários, carecem de eficiência e eficácia.

Dos entrevistados, 55,55% consideraram o espaço hospitalar terapêutico, enquanto 44,45% não o consideraram assim. As justificativas dadas podem ser apreciadas abaixo.

O espaço hospitalar com função terapêutica:

- enfermarias mistas;
- plantonistas e enfermagem vinte e quatro horas por dia;
- organização favorável;
- técnicos competentes e espaço estrutural;
- área favorável;
- atividades diversas;
- atenção para com os pacientes.

O espaço hospitalar sem função terapêutica:

- setores mal distribuídos;
- falta de espaço para recreação;
- falta de profissionais no pátio;

- falta de atividades para os pacientes;
- espaço pequeno e sem conforto.

Por mais que 70,37% dos entrevistados de nível superior não tenham considerado terapêutico o espaço hospitalar, não é possível desprezar a visão dos funcionários de nível médio, mesmo estando dividida quase que igualmente. Talvez, em lugar de se pôr em xeque a questão terapêutica de forma absoluta, fosse mais enriquecedor avaliar o seu nível de potencial terapêutico e iatrogênico, assim como as suas possibilidades de transformação.

Mesmo sendo evidente a supremacia dos tratamentos clássicos e instituídos na organização, não se podem negar outras formas de abordagem, consideradas pelos entrevistados como de grande importância. As abordagens de terapia ocupacional (25%), as psicoterapias (21,15%) e intervenções sociais (13,46%) foram as mais citadas no contexto organizacional.

Com relação ao planejamento para as práticas e atividades nos setores, por mais que tenha sido encontrada uma maior percentagem de entrevistados que consideram não existir um planejamento adequado (47,22%), a diferença em relação aos entrevistados que consideram que esse planejamento existe (36,11%) foi pouco expressiva para se tirar uma conclusão absoluta.

Quando se avaliou o dimensionamento de profissionais para atividades, os resultados obtidos foram mais expressivos no sentido positivo (52,77% dos entrevistados).

Quanto ao nível de planejamento de material para a execução das atividades terapêuticas, 55,55% dos entrevistados consideraram não haver, contra os 30,55% que consideraram a sua existência.

Os três quesitos expostos – planejamento para as práticas e atividades nos setores, dimensionamento de profissionais e planejamento de material para execução das atividades terapêuticas – expressam a complexidade de análise organizacional ora em questão, pois sua realidade, na visão dos profissionais de nível superior, diferente da visão dos profissionais de nível médio, aponta para a carência de condições de trabalho no que tange ao planejamento de materiais e dimensionamento de pessoal para a realização das atividades.

O serviço, segundo 55,55% dos entrevistados, está mais voltado para a qualidade, enquanto para 36,11%, está mais voltado para a quantidade.

Os dados coletados indicam a visão de que os serviços prestados apresentam *algum* nível de qualidade. O que fica em aberto é: qual a qualidade que está sendo avaliada dentro do universo institucional? A questão levantada pode ser reforçada quando se avalia a percepção dos profissionais de nível superior. Esses profissionais (87%), mesmo tendo considerado os serviços prestados com uma boa qualidade, também afirmaram que essa qualidade se encontra longe da proposta inicial.

Quanto ao grau de motivação, 72% dos funcionários consideram-na de regular a sofrível, o que pode refletir a realidade que os profissionais vivem no seu dia-a-dia. Esses dados são muito semelhantes aos obtidos entre os funcionários de nível superior (96,29%) e apontam para a dificuldade que se tem em manter o trabalho sempre de um jeito inovador e criativo, base das propostas de transformação do espaço terapêutico.

Quanto à participação do corpo funcional em propostas de mudanças e sugestões, no que tange à dinâmica hospitalar, em nível técnico, 22,22% dos

funcionários entrevistados responderam não existir liberdade para propor sugestões em nível técnico, enquanto 52,77% responderam que essa liberdade existe.

No que diz respeito à participação do corpo funcional em proposição de mudanças e sugestões, na dinâmica hospitalar em nível da organização e funcionamento das atividades, 41,66% dos funcionários responderam existir liberdade para propor sugestões enquanto 38,88% afirmam que não existe.

A grande parte dos funcionários (75%) reconhece e avalia serem necessárias atividades extra-hospitalares. O grande número de respostas, como: atividades em oficinas, jardinagem, terapia ocupacional, diversas ocupações, melhores cuidados em atendimento, entretenimento, pode revelar a falta de conhecimento da atividade extra-hospitalar exercida pela unidade, que consiste basicamente de visitas domiciliares. Essa atividade só foi citada por 18,42% dos entrevistados.

Dentre os profissionais, os mais considerados para a realização dessas atividades foram os terapeutas ocupacionais (18,60%), psicólogos (17,82%), assistentes sociais (14,72%), médicos (13,95%) e auxiliares de enfermagem (11,62%).

Quanto à avaliação que os entrevistados fizeram sobre as atividades do hospital na comunidade, a maioria dos funcionários (83,33%) respondeu à questão: destes, 56,66% consideram que existe uma ótima ou boa participação. As respostas de não ter conhecimento de atividades extra-hospitalares (13,33% dos funcionários) pode ser avaliada como expressão de mais um dos aspectos de precariedade da comunicação e da integração do setor responsável com os demais setores do hospital.

7. ANÁLISE DOS DADOS

No capítulo destinado à definição de metodologia deste trabalho registramos que o referencial utilizado para análise do HMJM foi o quadro conceitual de Gay Galbraith, adaptado pelo professor Bianor Scelza Cavalcante. A partir desse referencial serão enfocadas as dimensões organizacionais consideradas a seguir: tarefa, estrutura, estrutura de informação e processo de decisão, pessoas e sistema de recompensas.

A atividade-fim da organização em estudo é a promoção de saúde mental e o tratamento das doenças mentais quando já instaladas. De forma mais específica, sua atividade-fim consiste na abordagem terapêutica da esquizofrenia.

Em relação à doença esquizofrênica, os dados colhidos não apontam para resultados diferentes dos quais já se conhece. A esquizofrenia, para 92,90% dos funcionários de nível superior, constitui-se em uma síndrome crônica e incapacitante, caracterizada pela cisão do psiquismo, que evolui em surtos, com deterioração da personalidade. Sua etiologia é multifatorial com determinantes genéticos, bioquímicos, constitucionais, familiares e fatores precipitantes, causados por crises vitais e biológicas. Outras formas de leitura podem ser feitas, como: uma forma de expressão de resistência a toda a alienação política, econômica, social e psíquica em que a nossa sociedade funciona, ou psicose de evolução crônica que se caracteriza basicamente pela reestruturação da relação da realidade com o investimento narcísico no mundo autista.

Não foi possível a apreciação desse dado em relação aos funcionários de nível médio, pela falta de conhecimento teórico específico no que diz

respeito a etiologia da doença. De uma forma indireta, aproveitando o conhecimento prático que esses funcionários possuem, por lidar diariamente com essa realidade, tornou-se possível uma avaliação parcial, no que tange ao objetivo terapêutico. Segundo 94,44% dos entrevistados, o tratamento tem como objetivo o controle de sintomas e crises. Esses dados reforçam um dos aspectos da resposta obtida entre os profissionais de nível superior, no que se refere à curabilidade da doença em questão.

Quanto à forma de tratamento, a grande maioria dos entrevistados (nível médio e superior) considera que a abordagem farmacológica, acompanhada de suporte terapêutico (individual, grupo e familiar) e de práticas tidas como alternativas (oficinas protegidas, hospital dia, grupos operativos), apresenta-se como a mais próxima do ideal. Essa abordagem teria como perfil a atuação em equipes multi e inter-disciplinares, com todas as possibilidades de relação.

A proposta terapêutica em apreciação é teoricamente coerente com a natureza da atividade e organicidade estrutural necessária. Nela, podem-se encontrar as mais diversas possibilidades de atuação, desde abordagens terapêuticas isoladas até uma gama de combinações de técnicas e visões diversificadas. Na prática, o que se observa é a grande dificuldade para realização desse trabalho, segundo a percepção de 77,77% dos profissionais de nível superior e 33,33% dos funcionários de nível médio.

Fatores dificultadores, como poder do conhecimento e falta de estrutura organizacional, foram citados e merecem ser ressaltados, já que, por fugir do mérito técnico da questão, desmascaram aspectos inter-subjetivos, administrativos e político-ideológicos.

Outras questões avaliaram especificamente a terapêutica medicamentosa como elemento terapêutico preponderante. Dos entrevistados, 96,29% dos profissionais de nível superior responderam que a medicação é imprescindível na crise para atenuar a dor psíquica e possibilitar acesso ao paciente. Sua importância também foi citada no tratamento inicial, quando não são possíveis outras formas de abordagem. Em relação aos funcionários de nível médio, 58,34% consideram que a forma ideal de tratamento deve incluir de medicamentos e outras formas de abordagem. Uma pequena percentagem dos funcionários de nível superior discordou desta afirmação, por considerar que a medicação suplanta a possibilidade da expressão de dor, por deixar defeitos, por não ser a forma preponderante de tratamento, ou por ser a expressão do modelo médico-orgânico que exige respostas imediatas, só eliminando os sintomas produtivos e reprimindo formas singulares de expressão.

A percepção desses profissionais vai de encontro aos conhecimentos científicos, farmacológico e psiquiátrico, atuais, que apontam a psicofarmacologia como um dos instrumentos terapêuticos eficazes na abordagem da manifestação esquizofrênica, porém, não preponderante. A pequena porcentagem de discordância absoluta se encontra na linha dos movimentos de reforma psiquiátrica, que questionam a psiquiatria e suas práticas como forma de alienação e aprisionamento psíquico, físico e social.

De grande importância seria avaliar esse dado com a realidade da prática terapêutica, no que diz respeito ao número de pacientes em tratamento medicamentoso, ao tempo de duração desse tratamento e à proporção do mesmo em relação às outras formas terapêuticas citadas. Por não fazer parte do projeto de pesquisa, não foi possível realizar tal avaliação.

Alguns dados, porém, podem trazer subsídios para a análise em

questão. O número de psiquiatras lotados na unidade (46), em comparação com as outras categorias de nível superior que prestam atendimento direto aos pacientes (dez assistentes sociais, dez psicólogos e três terapeutas ocupacionais), pode sugerir uma predominância do atendimento médico em detrimento das outras formas de abordagem. Ainda, para corroborar tal suposição, citada poder-se-iam citar outros exemplos, como: a falta de profissionais, que não os da classe médica, lotados nos setores de emergência, e o desfalque de assistentes sociais e de psicólogos nas mini-equipes da enfermaria.

Diante da plasticidade em que a doença esquizofrênica pode se expressar, da incapacidade de domínio completo das relações de causa-efeito, exemplificada pelo inúmeras propostas terapêuticas para o mesmo problema, gerando variados resultados de *cura*, e pela grande dificuldade de consenso entre as inúmeras teorias, principalmente no que se refere a sua etiologia, chega-se a uma primeira conclusão, que pode servir como ponto de partida para a análise do modelo em estudo e posterior proposta de reconstrução. Existe um alto grau de incerteza no que se refere à informação necessária para o desempenho da prática de saúde mental.

Quando se pensa na estrutura *ideal* para uma organização, tem-se como ponto de partida a natureza de sua atividade. No caso em questão, claro está que o grau de incerteza no domínio das relações de causa-efeito e das relações de meio-fim é muito grande, levando a pensar que se faz necessário um nível de organicidade estrutural que permita uma contínua adaptação e transformação de seus processos, quer terapêuticos, quer de suporte administrativo. A esquizofrenia, por suas múltiplas formas de apresentação e de respostas terapêuticas, leva-nos à conclusão da necessidade de uma estruturação organizacional flexível, em permanente mudança, com alto grau de troca de informações.

Quando se compara a estrutura *ideal* com a estrutura real em análise, percebe-se facilmente a falta de integração dos setores do hospital (técnicos e administrativos). Esta conclusão foi encontrada na apreciação de 70,37% dos funcionários de nível superior, do diretor atual, e dos ex-diretores e de 28,20% dos funcionários de nível médio.

Durante a análise do material, pode-se também constatar que 48,71% dos funcionários de nível médio consideram que o H.M.J.M tem, na relação de seus setores, um alto grau de flexibilidade. Esse fator aponta para um nível de informalidade nas relações que podem, em alguns momentos, compensar a falta de estrutura existente, permitindo a realização de tarefas de *boa* qualidade. Esta *boa* qualidade dos serviços foi confirmada por 55,55% dos funcionários de nível médio, 87% dos funcionários de nível superior e por dois ex-diretores entrevistados, mantendo-se a ressalva de que é *boa* no atendimento clássico.

Diante dos dados colhidos e analisados até aqui, poder-se-ia concluir prematuramente que o HMJM, dentro de suas propostas e limitações, cumpre mais que satisfatoriamente seu papel de Pólo Psiquiátrico da APIV. Outros aspectos, porém, devem ser analisados para o delineamento do perfil organizacional em toda sua amplitude.

Quando se avalia a estrutura em seus aspectos mais amplos, percebe-se que as respostas confluíram para a falta de planejamento de material, humano e das atividades e projetos. Exemplo marcante dessa falta de planejamento pode ser visto no desmonte do serviço de recepção, responsável pela triagem dos pacientes que chegam ao hospital. Esse grupo, ligado ao setor de Emergência, acabou suas atividades por falta de pessoal técnico, fruto de transferências para outros setores e projetos. Outros exemplos podem, ainda, ser citados, como: o grande número de pacientes em fila de espera para

atendimento ambulatorial e a falta de material de terapia ocupacional.

A estrutura de informação do HMJM, na visão dos profissionais de nível superior e médio, é falha e insuficiente, tanto em nível técnico, veja-se o uso de prontuários, como em nível mais geral, nas reuniões e assembléias. O nível de informalidade, por mais que, em determinadas situações, supra a falta de integração, no caso específico da informação e comunicação está secundário e a rebóque de todo um amadorismo administrativo-gerencial, criando e reforçando a falta de integração dos técnicos e setores.

Falar em amadorismo, falta de planejamento e falta de dimensionamento, significa tocar num dos pontos nevrálgicos da organização. É difícil compreender como um hospital, pólo de referência de uma área tão populosa, contando com dois administradores em seu quadro, não possua uma estrutura administrativa condizente, configurada apenas por uma zeladoria, a cargo de um agente administrativo. É também estranho perceber que o HMJM não possui departamento de Recursos Humanos, de Pessoal, de Licitação, entre outros. Esse quadro pode ser ainda mais nítido em sua visualização quando se percebe os exemplos citados revelam a total falta de autonomia administrativa.

Esses dados também são encontrados nas entrevistas com os funcionários de nível superior, que, mesmo reconhecendo haver necessidade de mudanças administrativas, não sabem apontar quais seriam necessárias, ou então sugerem soluções totalmente distantes das questões.

O amadorismo que permeia de forma indiscriminada todos os setores e atividades, dando uma falsa impressão de democracia, permite o estabelecimento de relações perversas e tendenciosas. As respostas fornecidas pelos profissionais de nível superior (74,04%), por mais que apontem para

uma relação democrática e horizontalizada, não deixam de denunciar questões como pessoalidade, pouca clareza, neutralidade, alienação e omissão (25,96%). Esse dado pode ser parcialmente corroborado pela percepção dos funcionários de nível médio (41,66%), que não reconhecem haver liberdade para proposição de mudanças em nível da organização e funcionamento das atividades na dinâmica hospitalar. Para esses funcionários, as decisões são tomadas a portas fechadas.

Quanto à questão do mecanismo de promoção e de transferência de setores e da própria unidade, percebe-se que o HMJM é uma estrutura engessada pelo poder central, que estabelece critérios únicos para ascensão salarial e funcional e no que diz respeito à transferência de pessoal. Exemplo marcante dessa premissa pode ser encontrado no desmonte do grupo de recepção, do setor de emergência, fruto da transferência de técnicos para outros projetos e atividades que, em determinado momento, se tornaram *mais importantes* em algum nível que não o terapêutico.

O sistema de recompensa salarial e de condições de trabalho foi citado como um dos aspectos principais da falta de motivação de 96,29% dos funcionários de nível superior e de 61,10% dos funcionários de nível médio.

8. CONCLUSÃO

Ao se fazer o diagnóstico organizacional em sua complexidade, pode ser percebido que o HMJM, por mais que esteja acompanhando os movimentos de reformas psiquiátricas, não possui ainda um perfil orgânico compatível com suas novas propostas.

A falta de integração dos diversos setores e técnicos, a precariedade de informações e de comunicação entre os técnicos e as instâncias hierárquicas de poder, a forma primitiva e arcaica de funcionamento dos setores responsáveis pela infra-estrutura de suas atividades fims só são passíveis de sobreviver num modelo em que a predominância das ações e os objetivos a serem alcançados se restringem à manutenção da situação vigente.

Em nível organizacional, está-se diante de uma estrutura rígida em que o discurso e suas práticas estão cindidos diante uma realidade sócio-político-ideológica que se impõem.

Diante dos dados colhidos, percebe-se que essa realidade torna qualquer conhecimento e suas práticas desarticulados e desintegrados. O modelo encontrado, como, sua estrutura organizacional, não responde à questão do tratamento da esquizofrenia.

Alguns movimentos e propostas inovadoras aparecem dentro da realidade em análise, mas, diante da magnitude organizacional, encontram-se ainda incipientes e insuficientemente estruturados para serem considerados como um novo perfil alternativo.

O modelo médico mantém-se predominante, não por ser considerado o mais eficiente em relação às respostas para o problema da doença

esquizofrênica. Sua manutenção e predominância devem-se a fatores que fogem à área de saúde mental em sua tentativa de compreensão das questões de doença e saúde, quer seja por caminhos da organicidade, quer seja por caminhos do psiquismo.

Não podendo ser encontradas novas explicações para a dificuldade de transformação da dinâmica organizacional, chega-se à conclusão maior de que a manutenção da situação vigente se dá por fatores que fogem ao universo técnico-científico, fato que corrobora a nossa suposição principal. Por mais que a estrutura e a dinâmica organizacional tenham sido incrementadas por inovações e adaptações técnicas, estas apenas maquiaram sua realidade, que pouco se transformou, mantendo em sua origem os mesmos princípios dos asilos criados no começo do século.

Essa conclusão leva o problema a uma necessidade de maior reflexão e mudanças bem mais profundas do que as propostas até agora colocadas em prática. Fazem-se necessárias mudanças radicais e revolucionárias no âmbito organizacional e social.

Como visto ao longo de toda a pesquisa, o desafio na compreensão da doença esquizofrênica foge às áreas técnicas específicas, ganhando dimensões que envolvem toda sociedade. Ao pensar-se nas mudanças organizacionais necessárias, tem-se como ponto de partida a necessidade de discussão e reflexão profunda sobre a relação da loucura com esta sociedade.

Em um segundo momento, com uma clareza maior sobre o papel de cada segmento, cabe ao poder público a viabilização de políticas de saúde mental que mantenham a coerência entre propostas e práticas a serem operacionalizadas.

Quanto aos profissionais de saúde, cabe-lhes uma grande responsabilidade frente ao desafio. Além da especialização e aperfeiçoamento constantes, a eterna vigilância, questionamento e discussão de seu papel de agentes libertadores.

Ao pensar-se em uma estrutura organizacional de saúde mental que contemple, *idealmente*, a heterogenicidade de propostas e ações terapêuticas presentes, pensou-se em construir um modelo, utópico diante da realidade social, mas que julgamos poder contribuir para que os objetivos sejam alcançados pela organização que queira unir teoria e prática.

Como pressuposto básico para construção desse modelo, partimos da premissa básica de que uma organização de saúde mental, por lidar com um alto grau de incertezas, fruto da exigüidade de informações, tem que ser bastante flexível para lidar com a heterogenicidade de ações e absorver as novas propostas. Para tal empreitada é necessário haver uma estrutura administrativa aberta, e a mais profissional possível, a fim de garantir aos técnicos condições de execução de suas funções. As condições de trabalho têm que estar plenamente satisfeitas em todos os níveis. Para tal evento faz-se necessário que a organização adquira uma independência financeira e de pessoal, ou então, tenha total apoio das instâncias superiores no patrocínio de seus projetos.

Outra premissa importante a ser equacionada encontra-se na relação qualidade/quantidade de atendimentos. Por mais que a unidade apresente um perfil aberto à população, também é necessária estabelecer critérios numéricos de absorção para não prejudicar a qualidade dos serviços oferecidos. Antes de qualquer abertura de serviços, é necessária uma avaliação da clientela, número potencial de pacientes e estimativa percentual das afecções mentais na população alvo, para adequação da estrutura a ser criada.

Outros requisitos, por mais que não sejam prioritários, assumem no contexto, vital importância, já que se constituem implementos de qualquer ação eficaz e eficiente. Tais fatores poderiam ser descritos sumariamente como: motivação pessoal, aperfeiçoamento, reciclagem profissional e condições de trabalho.

A necessidade de informação, rápida e completa, sobre os casos em acompanhamento, as inovações e conquistas teóricas e as rotinas organizacionais devem ser consideradas como ponto crucial da integração do trabalho e manutenção do interesse participativo. Neste sentido, pode-se fazer uso de vários instrumentos; prontuários e computadores entre outros, como também várias ações organizacionais; reuniões técnicas, assembléias, palestras, conferências e cursos. A garantia de uma ação ótima no núcleo operacional, demanda condições estruturais para execução e bom funcionamento. Para tal é necessário manter um núcleo de apoio técnico com condições de prover os elementos básicos para a execução das atividades-fins.

Quanto a esta parte, é necessário pensar em uma configuração que contemple o binômio referencial terapêutico/interdisciplinaridade, em outras palavras, ao mesmo tempo que a estrutura montada deve priorizar o trabalho em equipes interdisciplinares em seus vários momentos: emergência, internação, ambulatório e projetos especiais, é necessário estabelecer critérios e limites de atuação dessas equipes, para que não se perca o referencial terapêutico paciente-técnico de afinidade. À medida que os técnicos façam parte de mais de um setor, naturalmente a integração se processará com mais harmonia e facilidade.

Partindo desse pressuposto, poder-se-ia pensar na estrutura como uma porta de entrada, composta por uma emergência, onde estariam alocados

profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais, e uma recepção multidisciplinar, composta de médicos, psicólogos e assistentes sociais, com atuação distinta. A composição interdisciplinar faz-se necessária por ser de conhecimento geral que a demanda de pacientes apresenta uma multiplicidade de queixas que fogem ao domínio médico.

Os casos de internação, após avaliação criteriosa, seriam encaminhados a uma enfermaria de pré-internação composta por uma equipe de médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, com o objetivo de encontrar solução, a mais rápida possível, e reintegrar o paciente à sociedade.

Os casos que demandam maior tempo para restabelecimento, seriam encaminhados à enfermaria, com equipes interdisciplinares comuns ao ambulatório. A terapia ocupacional e os projetos especiais estariam funcionando paralelos às outras atividades, abertas as mesmas quando os pacientes fossem criteriosamente encaminhados. Esses projetos, integrados por equipes interdisciplinares, deveriam manter em sua esfera de atuação um enfoque ressocializador, além dos já consagrados enfoques terapêuticos.

O ambulatório, integrado por profissionais médicos, psicólogos, assistentes sociais, com atendimentos individuais e grupais, deve apresentar um perfil de atuação fundamental na resolução de crises. A multiplicidade de abordagens, por mais que não deva ser esquecida e posta em um segundo plano, não pode apagar a importância da dinamização do serviço, que deve permanentemente estar atendendo à população.

Quer nos parecer, numa primeira leitura, estarmos falando sobre equipes interdisciplinares. O grande salto qualitativo proposto a estas equipes consiste no seu caráter orgânico e democrático. A possibilidade de atuação em equipes com um espírito adhocrático, em que o paciente em atendimento

possa escolher seu terapeuta de referência e os conhecimentos não sejam propriedade de uma só categoria, garante o espírito revolucionário do trabalho com a doença mental, que por si só imprime um aspecto totalmente novo à dinâmica de qualquer grupo. Ao mesmo tempo, os projetos em que uma equipe está envolvida, não terminam enquanto não se garante a *cura*.

GLOSSÁRIO

ALUCINAÇÃO - percepção sensorial enganosa que não está associada a estímulos reais externos.

ARQUÉTIPOS - idéias elementares que possuem base biológica e que, dependendo da cultura aparecem com diferentes roupagens.

ATROFIA CEREBRAL - redução da massa cerebral.

CATATONIA - tipo de esquizofrenia caracterizada por alterações motoras graves e alucinações.

CONTRATRANSFERÊNCIA - processo pelo qual o terapeuta projeta, inconscientemente, emoções, pensamentos e desejos de sua vida passada sob a personalidade do paciente.

DELÍRIO - julgamento falso da realidade cujo conteúdo é incompreensível, ilógico e impossível de se modificar.

DEMÊNCIA PRECOCE - nome dado anteriormente a esquizofrenia por se acreditar que estas levariam a perda das funções mentais.

EGO - centro da vida consciente.

ESQUIZOFRENIA - doença mental caracterizada pela perda do contato com a realidade e por cisão da personalidade.

ESTEREOTIPIAS - repetição contínua da fala e de atividades físicas.

GÊMEOS DIZIGÓTICOS - gêmeos que são frutos da fertilização de dois óvulos.

GÊMEOS MONOZIGÓTICOS - gêmeos em que um óvulo é fertilizado por dois ou mais espermatozóides.

HIPERATIVIDADE DOPAMINÉRGICA - aumento da atividade das células com receptores e produtores de dopamina no sistema nervoso central.

INCONSCIENTE COLETIVO - reservatório de imagens latentes, denominados primordiais, relacionados ao desenvolvimento mais primitivo da psique e que é herdado do passado ancestral.

NEUROLÉPTICOS - classe de medicamentos usados no tratamento da

esquizofrenia.

PROJEÇÃO - mecanismo de defesa onde os conteúdos do inconsciente são colocados para fora da pessoa.

SÍNDROME - conjunto de sinais e sintomas comuns a um grupo de enfermidades.

SINTOMAS NEGATIVOS - sintomas caracterizados por perda da vontade, empobrecimento dos afetos e da mímica.

TAXA DE INCIDÊNCIA - taxa que mostra o número de casos novos de uma doença em um ano.

VOLITIVO - todo e qualquer comportamento relativo à vontade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo D. de C. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- _____. (org). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1995.
- _____. (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- ARAUJO, Luís Cesar G. de. *Organização & métodos: integrando comportamento, estrutura, estratégia e tecnologia*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- BASAGLIA, F. et. al. *A instituição negada: relato de uma instituição psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à teoria geral da administração*. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.
- COSTA, Nilson do R. & TUNDIS, Silvério. (org). *Cidadania e loucura: política de saúde mental no Brasil*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1992.
- DAMÁSIO, R. Antônio. *O erro de Descartes*. São Paulo: Schwarcz, 1996.
- DINSMORE, Paul. *Poder e influência gerencial: além da autoridade formal*. Rio de Janeiro: Cap, 1989.
- FERREIRA, Alberto B. H.de. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, [s.d.]
- FIGUEROA, Lúcia F. S. *A psicoterapia pode mudar o curso da esquizofrenia?* *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, nº 32, 1983.
- FLEURY, Maria Tereza Leme. *Estórias, mitos, heróis - cultura organizacional e relação do trabalho*. Caderno da RAE. FGV: Rio de Janeiro, out/dez 1987
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva S.A., 1978.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979

- GALBRAITH, John K. *Anatomia do poder*. 3ª ed. São Paulo: Pioneiras, 1986.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1992
- HALL, Richard. *Organizações: estruturas e processos*. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.
- INOJOSA, Rose Marie et al. *Qualidade em serviços públicos: um caso de mudança*. **Caderno da RAP**. FGV: Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, out/dez
- LAING, Ronald David. *O eu dividido*. Petrópolis: Vozes, 1973.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). *Plano de análise do processo de transformação da Colônia Juliano Moreira no período de 1980/1984*. A modernização de uma instituição psiquiátrica asilar. Rio de Janeiro, 1980. 16p.
- _____. *Política assistencial da C.J.M a partir de 1981*, Rio de Janeiro, 1980. 05p.
- _____. *Mudança das estruturas cronificadoras do asilo através da explicitação de relações de trabalho: Estratégia de intervenção sobre uma população de 2. 600 pacientes crônicos*, Rio de Janeiro, Jan 1983. 14p
- _____. *I seminário do hospital Jurandyr Manfredini*, Rio de Janeiro, 1983. 8p.
- MINTZBERG, Henry. *Criando organizações eficazes*. São Paulo: Atlas, 1995
- MORGAM, Gareth. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996
- MOTTA, Paulo Roberto. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 1995
- PAGÉS, Max et. al. *O poder das organizações*. São Paulo, 1993.
- PERROW, Charles B. *Análise organizacional: Um enfoque sociológico*
- SZASZ, Thomas S. *Ideologia e doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980
- SILVEIRA, Nise. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SHIRAKAWA, Itiro. *O ajustamento social na esquizofrenia*. São Paulo: Lemos, 1992.

TALBOTT, John et al. *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

ZAJDZSNJDER, Luciano. *Métodos de pensamentos*. Caderno da EBAP. FGV: Rio de Janeiro, nº 58. 1992.

Anexo 1

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
COLÔNIA JULIANO MOREIRA

NORMA PADRÃO DE AÇÃO Nº 07 HOSPITAL JURANDYR MANFREDINI

I- -INTRODUÇÃO:

A Colônia Juliano Moreira pretende deixar de ser um Hospital Psiquiátrico de Pacientes Crônicos com característica asilar para tornar-se um modelo alternativo em psiquiatria.

Justifica-se assim a implantação de vários projetos para atingir tal objetivo. O processo crônico levado a efeito e determinado por uma prática psiquiátrica tradicional, requer para a sua modificação a elaboração de uma estratégia institucional que situe a psiquiatria dentro de um contexto mais amplo do que a visão tradicional da doença mental. Nesse sentido o Hospital Jurandyr Manfredini aparece como linha de frente alternativa do sistema atual.

II- - PROJETO ASSISTENCIAL:

a) COBERTURA DE SERVIÇO E REGIONALIZAÇÃO.

O Hospital Jurandyr Manfredini se caracteriza rá como Hospital especializado em saúde mental e prestará serviços na área de planejamento TV (quatro) do Município do Rio de Janeiro que abrange as Regiões Administrativas XXIV e XVI (Jacarepaguá e Barra da Tijuca). Sua assistência será efetivada por atendimento ambulatorial, de pré-internação, de internação e comunitário, da cliente oriunda da área programática, indistintamente de ser previdenciária ou não. Desse modo se define um atendimento em dois níveis de atenção: primária e Secundária.

Para consecução dos objetivos acima referidos, faz-se necessário a inclusão do Hospital Jurandyr Manfredini dentro do programa de integração Regionalizada de serviços de Saúde do Setor Público da AP4 que conta além de todas as Instituições de Saúde, com a participação da Comunidade,

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

através de suas lideranças formais, informais, Associações de Moradores, etc.

b) ETAPAS DE FUNCIONAMENTO (1982)

Pretende-se numa primeira fase (1º ano de funcionamento, 1982) o levantamento de dados epidemiológicos para a criação de um sistema de informações em saúde mental que possa determinar a incidência e prevalência de doenças mentais na AP4 para se propor formas especiais de tratamento.

Tal sistema se efetivará na medida em que o Hospital funcionar como centro de referência da AP4.

Para consecução dos objetivos programados funcionará inicialmente no próprio Hospital o Setor de Ambulatórios, Emergências, pré-internações e internações, articulados entre si no atendimento.

c) AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL

I- INTRODUÇÃO :

1) O Setor de Ambulatório funcionará em três turnos (8:00 às 12:00, 12:00 às 16:00 e de 16:00 às 20:00 hs) oferecendo atendimento à nível grupal e individual em 5 serviços básicos:

- a) Ambulatório de Adultos / Egressos
- b) Ambulatório de Infância/ Adolescência
- c) Ambulatório de Neurologia (somente os casos encaminhados pelos outros ambulatórios do Hospital)
- d) Ambulatório de Atendimento à família
- e) Ambulatório de Terapia Ocupacional

2) A capacidade total das consultas médicas individuais está prevista em cerca de 2.000 (dois mil) atendimentos mensais.

3) O serviço social está previsto para realizar 480 (quatrocentos e oitenta) entrevistas individuais mensalmente.

4) Psicologia terá capacidade de realizar cerca de 190 (cento e noventa) consultas mensais individuais.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

III- DO FUNCIONAMENTO

Os horários dos técnicos serão afixados no SAME para que haja melhor distribuição no atendimento.

a) AMBULATÓRIO / ADULTO

Horário de funcionamento, em três turnos:

8:00 às 12:00 hs, 12:00 às 16:00 e 16:00 às 20:00 hs.

1) Haverá horário reservado para consultas de 1ª vez.

2) As consultas sub-sequentes serão marcadas pelo profissional que atendeu o caso, através de uma agenda que ficará sob controle do SAME.

3) Serão oferecidos dois tipos de atendimento segundo o caso, ou seja, individual ou em grupo. A formação dos grupos poderá ser feita através de indicações dos diversos profissionais.

IV- O Ambulatório de adultos atenderá a comunidade da AP 4 e egressos da Colônia.

b) AMBULATÓRIO DE INFÂNCIA / ADOLESCÊNCIA-COIA

Horário de funcionamento será de 12:00-16:00 hs, composto de 3 médicos, 1 Assistente Social, 1 Psicóloga.

1) Haverá um horário reservado para consultas de 1ª vez, por parte de cada profissional.

2) As consultas sub-sequentes serão marcadas pelo profissional que atendeu o caso, em agenda que ficará sob o controle do SAME.

3) ~~O atendimento do COIA será efetuado da seguinte forma:~~

~~Grupo de Adolescente, grupo de Crianças, grupo de pais e atendimentos individuais.~~

4) O COIA atenderá a comunidade da AP4.

5) ~~O COIA também terá uma atividade voltada a prevenção dos transtornos psíquicos que contará inicialmente de :~~

~~Palestras nas escolas, para pais e professores e em outras instituições como hospitais gerais~~

e postos de saúde, Associações de Moradores, etc...
da AP4.

c) AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA

Atenderá inicialmente apenas os casos encaminhados de outros setores do próprio hospital.

d) ATENDIMENTO À FAMÍLIA

Será oferecido 2 tipos de atendimento:

Orientação familiar e terapia familiar, segundo as necessidades.

e) TERAPIA OCUPACIONAL EM AMBULATÓRIO

Atenderá inicialmente aos pacientes egressos do setor de internação do Hospital dando continuidade ao trabalho iniciado.

f) DA MARCAÇÃO DE CONSULTAS

A) NO AMBULATÓRIO

* O paciente será atendido no ambulatório mediante qualquer comprovante de residência na área AP4 (Jacarepaguá / Barra).

* Será feita diretamente no SAME pelo paciente ou acompanhante no horário de 07:00 às 19:00 hs de segunda-feira.

* Haverá marcação de consulta pelo telefone, somente após a primeira entrevista.

* O paciente receberá um cartão de marcação de consulta onde constará a data de retorno e a hora.

* O paciente somente será atendido no ambulatório no mesmo dia, em consulta de 1.^a vez se houver vaga para este horário. Para isso cada técnico disporá de 3 horários vagos para consultas de 1.^a vez.

B) NO SETOR DE URGÊNCIA

1. O paciente será atendido neste setor sem haver necessidade de qualquer comprovante.

2. No caso de necessitar internação, esta somente poderá ser efetuada mediante comprovante de residência na área de planejamento 4 (quatro): Barra e Jacarepaguá).

3. No caso de não residir na AP4 será encaminhado para o PAM-VENEZUELA.

G) CONSELHO DE APERFEIÇOAMENTO E SUPERVISÃO (CAS):

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

IV- SETOR DE ENFERMARIAS:

I- INTRODUÇÃO

O Setor de Enfermarias funcionará com capacidade para internar 60 (sessenta) pacientes adultos, sendo 30 (trinta) do sexo masculino e 30 (trinta) do sexo feminino.

As internações serão provenientes do setor de pré-internação e urgências do Hospital e somente se procederão após o caso ter sido discutido pela equipe de supervisão das internações. Está previsto um tempo médio de internação de 20 (vinte) dias, tendo em vista a continuidade do tratamento no setor do ambulatório.

II- DO PESSOAL

- a) Médicos- 03 (diaristas) + 1 plantonista
- b) Auxiliar de enfermagem- 08
- c) AOSD- Atendimento-08
- d) T.O.- 01
- e) Auxiliar de Reabilitação- 04
- f) Enfermaria- 01
- g) Psicólogo- 01
- h) Assistente Social- 04

OBS:

- 1- O setor do serviço social, psicologia e T.O. presta rão parte dos seus horários nos outros setores.
- 2- Também se contará com número, ainda não especificado de estagiários dos diversos setores (Medicina, Psicologia , T.O., Enfermagem, Assistente Social).

- III- Os métodos de atendimento a serem aplicados nas enfermarias deverão integrar todos os setores. Para isso a proposta inicial é a formação da equipe básica, com a seguinte constituição: (Médico, Terapia Ocupacional, Psicólogo, Enfermeira e Assistente Social),
- Haverá diariamente uma reunião geral às 8:00 hs com toda a equipe onde será discutida a passagem de plan-

CENTRO DE ESTUDOS

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

HOSPITAL MUNICIPAL JURANDYR MANFREDINI

ANEXO II

ESTATUTO DOS CENTROS DE ESTUDO DO S/DRN - EM FUNCIONAMENTO NAS
UNIDADES EXECUTIVAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSCAPÍTULO IDAS FINALIDADES

Art. 1º - O Centro de Estudo (CE), com a alteração da Estrutura do S/CTA para S/DRN - Decreto 6916 de 02.09.87, passou a ser uma Unidade Executiva Básica, com a finalidade de promover, estimular, planejar, coordenar e acompanhar, na respectiva Unidade, as atividades de cunho técnico, científico e cultural voltadas para o desempenho do recurso humano.

CAPÍTULO IIDA ESTRUTURA

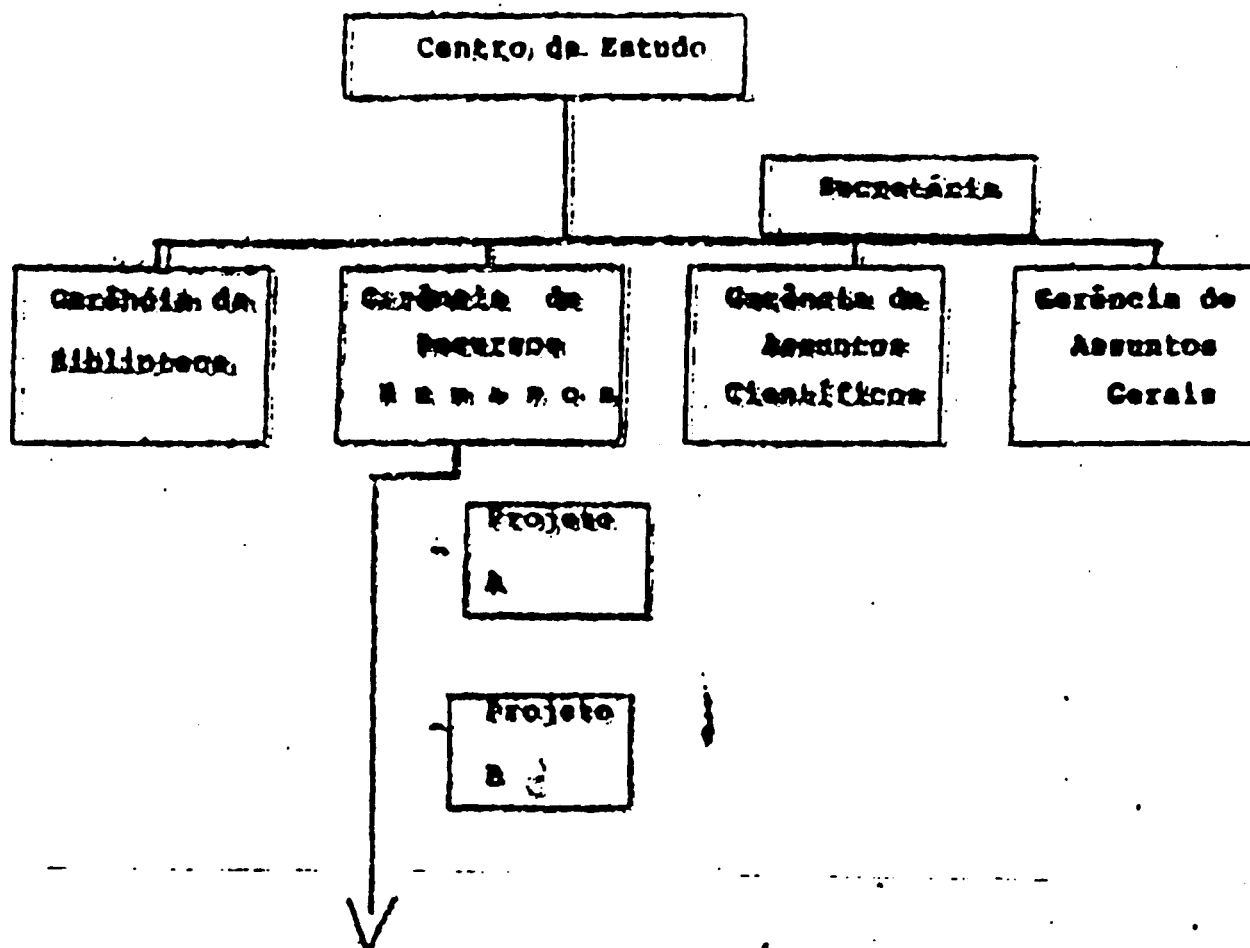
Art. 2º - O Centro de estudo tem a Estrutura de Serviço. Seu Presidente, de acordo com a Lei 1287, de 14/10/88, ocupa a Função Gratificada de Chefe de Serviço DAI-6.

Para atender às finalidades deste Serviço, as ações do Centro de Estudo serão organizadas por projetos, segundo a especificidade dos assuntos. Estes projetos têm objetivos e prazos definidos, sendo, por isto, sua estrutura temporária, em termos de coordenação e atividades.

§ 1º - São permanentes as ações do Presidente do Centro de Estudo, que terá disponibilidade de tempo integral de sua jornada de trabalho. O Diretor de Programa de Recursos Humanos também gozará dos mesmos direitos, de acordo com a disponibilidade de cada Unidade.

perão nos projetos do S/DRH e do Centro de Estudo.

ESTRUTURA GRÁFICA



CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 3º - O Centro de Estudo (CE) está subordinado, administrativamente, ao Diretor da Unidade e, tecnicamente, ao Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos (S/DRH).

Art. 4º - Os Centros de Estudo, como Unidade Operacional do S/DRH, serão organizados nos Institutos, Hospitais e Centros Municipais de Saúde e no Departamento Geral de Doenças, Vigilância e Fiscalização Sanitária da SMS.

§ 1º - Os Centros de Estudos dos Centros Municipais de Saúde (CMS) coordenarão todas as atividades inerentes ao desenvolvimento de recursos humanos de todas as Unidades e elas vinculadas no momento (UNAMPS, UACPS).

* Art. 59 - Todos os servidores do quadro permanente da Secretaria Municipal de Saúde são considerados membros do Centro de Estudos da Unidade em que estão lotados.

Art. 60 - O Centro de Estudos será dirigido por uma Diretoria eleita na Assembleia Geral Ordinária (AGO), composta dos seguintes membros:

- . PRESIDENTE
- . DIRETOR CIENTÍFICO
- . DIRETOR DE PROGRAMAS DE RECURSOS HUMANOS
- . SECRETÁRIO GERAL

§ 1º - Poderão candidatar-se aos cargos de Presidente, Diretor Científico e Diretor de Programas de Recursos Humanos, somente servidores de nível superior da área de saúde, pertencentes ao quadro permanente da Secretaria Municipal de Saúde.

§ 2º - O Centro de Estudos (CE) para seu desempenho contará com 01 (um) funcionário administrativo (datilógrafo) a ser designado pelo Diretor da Unidade.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 70 - São atribuições do Presidente do Centro de Estudos, através de sua Diretoria:

- a) compatibilizar, em nível local, os programas da Unidade Executiva com os de desenvolvimento de recursos humanos;
- b) assessorar o Diretor da Unidade nos assuntos ligados ao desenvolvimento de recursos humanos de modo a contribuir para as necessidades da Unidade em nível de planejamento.

três e similares);

- c) assessorar aos Chefes de Serviço, Seção e Setor no encaminhamento de assuntos técnicos pertinentes à área de recursos humanos da Unidade em questão;
- d) desenvolver estudos e pesquisas dentro da área de interesse do desenvolvimento de recursos humanos, visando o aperfeiçoamento dos programas desta natureza;
- e) propor normas, instruções, portarias, circulares, ordens de serviço no sentido de orientar o funcionamento do Centro de Estudos dentro da sua área de competência;
- f) manter perfeito entrosamento com a Direção, Serviços, Seções, Setores e demais Serviços da Unidade, no sentido de organizar o fluxo de informação sistemática sobre o andamento de programas, projetos, atividades e rotinas do processo de desenvolvimento de recursos humanos;
- g) participar do acompanhamento e avaliação dos programas, projetos, atividades e rotinas afetos ao desenvolvimento de recurso humano dando suporte aos programas-fins da Unidade;
- h) propor projetos experimentais na área de desenvolvimento de recursos humanos e que contribuam para a capacitação, reciclagem e aperfeiçoamento de pessoal da Unidade;
- i) coordenar as ações do núcleo de biblioteca da Unidade, de forma sistemática, para constante modernização do seu funcionamento, levando-a a cumprir e efetivar sua finalidade específica;
- j) contribuir para a organização de um sistema de avaliação e de desempenho de pessoal;
- k) prestar e controlar material permanente e de consumo para a execução de programas de desenvolvimento de recursos humanos nas Unidades;
- l) manter íntima comunicação com o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos - S/DRH no sentido de efetivar o cumprimento das diretrizes programáticas de desenvolvimento de recursos humanos na Unidade;
- m) estimular o intercâmbio técnico-científico-cultural com outras Unidades da Secretaria Municipal de Saúde e com entidades não pertencentes aos quadros da Secretaria Municipal de Saúde;
- n) controlar os programas de Estágios, Bolsistas, Residentes e outros Internatos e outros, em nível de inscrição, controle de frequência, validação de desempenho na Unidade.

Art. 87 - Compete ainda ao Presidente do Centro de Estudos:

- a) dirigir o Centro de Estudos de acordo com seu Estatuto e representar em suas relações com outros órgãos técnicos;
- b) convocar as Assembleias e Reuniões da Diretoria;
- c) assinar pelo presidente do Centro de Estudos;
- d) nomear comissão para estudar determinado assunto ou para representar o Centro de Estudos;
- e) selecionar pessoal para compor Grupos de Trabalho (GT) junto ao Centro de Estudos e/ou Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos;
- f) presidir as assembleias e reuniões da diretoria;
- g) prestar contas, no término de sua gestão, mediante relatório em duas partes, primeira, de maior número de membros possível e subseqüente à Assembleia Geral Ordinária (AGO) para discussão e aprovação;
- h) formar Grupos de Trabalho, com a finalidade de sistematizar e acompanhar os procedimentos que normatizarão a ação conjunta nos níveis de coordenação e execução de programas, projetos e atividades do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas unidades executivas;
- i) comparecer, de forma sistemática, às reuniões promovidas pelo Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Art. 90 - Compete à Diretoria do centro de Estudos expedir certificado aos participantes de suas atividades, devidamente assinado pelo Presidente e Diretor Científico.

§ Único - Deverão constar nos certificados, bem como nos cartazes as seguintes itens:

- a) Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
- b) Secretaria Municipal de Saúde
- c) Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos
- d) Nome da Unidade
- e) Nome do Centro de Estudos

Art. 100 - Compete ao Diretor Científico:

- c) propor e coordenar intercâmbio científico com Unidades pertencentes ou não aos quadros da Secretaria Municipal de Saúde, em con su ên ci â nc i a com o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Hum an os;
- d) programar Jornada Comemorativa do Aniversário da Unidade, j u n t a m e n t e com o Presidente;
- e) propor e coordenar eventos científicos, julgados de interesse do Centro de Estudos.

Art. 110 - Compete ao Diretor de Programas de Recursos Humanos:

- a) ~~atender o Presidente~~ em assuntos referentes ao desenvolvimento de ~~recursos humanos~~;
- b) criar condições para que as diversas atividades do Centro de Es t u d os sejam operacionalizadas integralmente;
- c) ~~elaborar e atualizar~~ instrumental, procedimentos e técnicas de desenvolvimento de re c u r s o s h u m a n o s;
- d) ~~propor medidas tendentes a~~ melhorar o clima organizacional, b e m o u t r a r o s f u n d a m e n t a r o s p a r t i c i p a ç ã o s d e p r o g r a m a s d e d e s e n v o l v i m e n t o d e r e c u r s o s h u m a n o s, incrementando a eficiência e e f i c i e n c i a d a f o r ç a d a f o r ç a d a t r a b a l h a;
- e) ~~atuar em conjunto com os demais membros da Diretoria com vistas~~ à l i m i n a d a ç ã o d e s e n v o l v i m e n t o d e r e c u r s o s h u m a n o s;
- f) ~~coordenar e supervisionar as~~ atividades relacionadas com a a v a l i a ç ã d e d e s e m p e n h o d e r e c u r s o s h u m a n o s da Unidade;
- g) atualizar o sistema de avaliação e desempenho da Unidade;
- h) propor medidas que visem a prevenção e solução de problemas de d e s e m p e n h o;
- i) orientar e treinar o pessoal envolvido no processo de a c o m p a n h a m e n t o d e d e s e m p e n h o, a fim de atender de modo eficaz os o b j e t i v o s p r o p o s t o s;
- j) fornecer previsões da disponibilidade de potencial humano e x i s t e n t e n a U n i d a d e, com base na apuração dos acompanhamentos, o f e r e c e n d o o p o r t u n i d a d e m a i o r a p r o v e i t a m e n t o d e s u a s a p t i d o e s;
- k) manter permanente contato com as p r e s p a r a z a ç õ e s, e d u c a d o n a i s, p a r a i n t e r c a m b i o d e i n f o r m a ç õ e s s o b r e t e c n o l o g i a d e a p l i c a t o s.

Art. 12º - Compete ao Secretário Gerente

- a) secretariar as reuniões da Diretoria e as Assembleias, elaborando as respectivas Atas;
- b) dirigir os trabalhos de secretaria, bem como exercer atividades peculiares ao cargo;
- c) coordenar a divulgação das atividades do Centro de Estudos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e nos órgãos e entidades que estabelecerem intercâmbio, de acordo com o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

CAPÍTULO V

DAS ELEIÇÕES

* Art. 13º - O Presidente do Centro de Estudos nomeará Comissão Coordenadora das eleições composta de 03 (três) membros lotados na Unidade, com atribuições de administrar o processo eleitoral.

* Art. 14º - A Diretoria do Centro de Estudos será eleita na Assembleia Geral Ordinária (AGO), que terá a duração necessária para que todos os membros do Centro de Estudos tenham oportunidade de votar.

O voto será secreto em urnas que ficarão sob a responsabilidade da Comissão Eleitoral.

Só terão direito a votar e serem votados os membros do Centro de Estudos, conforme o exarado nos Artos. 5º, 6º e § 1º deste Estatuto.

* § 1º - A AGO reunir-se-á, a cada 02 (dois) anos, na primeira quinzena de novembro, com a finalidade de eleger a nova Diretoria do Centro de Estudos, para um mandato de 02 (dois) anos.

§ 2º - A AGO funcionará, em primeira convocação, com a presença da metade dos membros do CE, e as deliberações serão tomadas através de maioria simples dos presentes.

§ 3º - Não havendo "quorum" necessário, será feita uma segunda convocação 01 (uma) hora depois, funcionando a AGO com qualquer número de membro do CE, sendo suas decisões tomadas pelo voto da maioria de membros presentes.

Art. 160 - A chapa vencedora será empossada pelo Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos, num prazo máximo de 15 (quinze) dias após a eleição.

Art. 170 - Uma cópia da Ata de Posse deverá ser encaminhada ao Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos para as devidas anotações e publicação.

Art. 180 - O Diretor da Unidade deverá, em um prazo máximo de 07 (sete) dias, convocar a AGO, no caso de afastamento de 30 (trinta) dias da Diretoria do Centro de Estudos. Na ausência de 01 (um) dos componentes da Diretoria, os demais membros indicarão o substituto.

§ 1º - A Assembleia Geral Extraordinária, convocada nas circunstâncias explícitas, neste artigo, terá a atribuição de eleger nova Diretoria.

§ 2º - O Diretor da Unidade nomeará uma Comissão Coordenadora das eleições, composta de 03 (três) membros lotados na Unidade, com a atribuição de administrar o processo eleitoral.

Art. 190 - O Presidente e/ou a Diretoria do Centro de Estudos poderá candidatar-se à reeleição.

CAPÍTULO VI

DAS REUNIÕES

Art. 200 - A Diretoria do Centro de Estudos se reunirá, por convocação do Presidente, mensalmente.

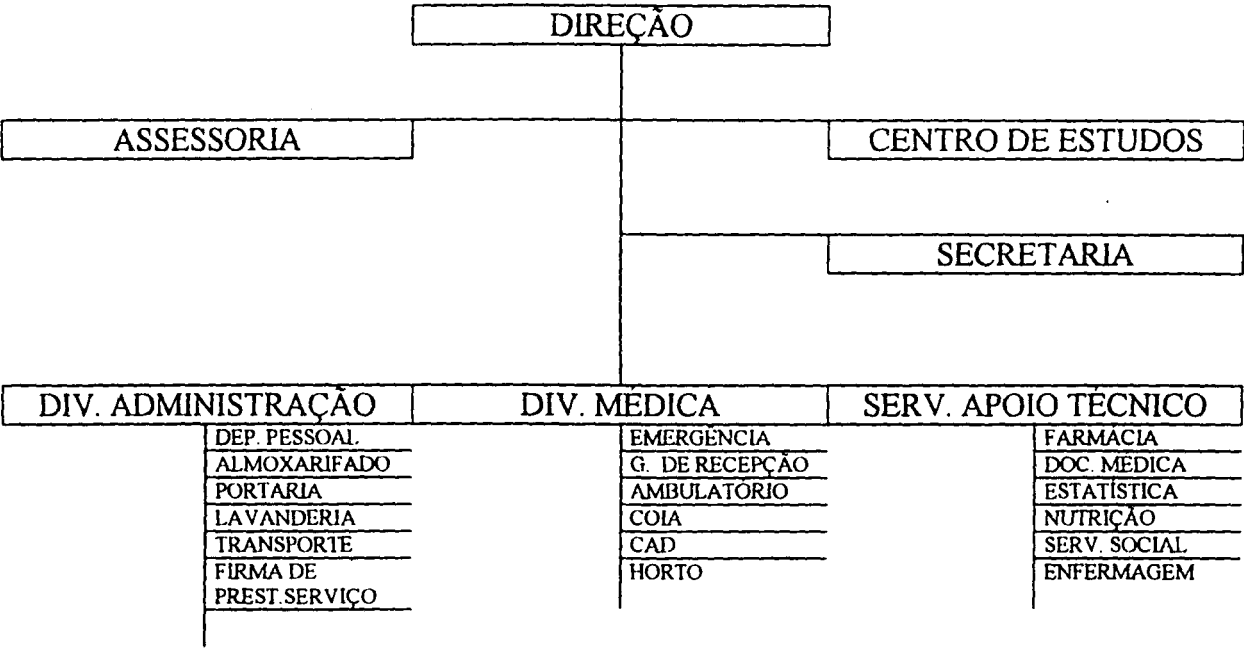
CAPÍTULO VII

DA DIVULGAÇÃO

Art. 210 - Todas as atividades do Centro de Estudos deverão ser divulgadas, previamente, à Direção da Unidade, para as devidas providências cabíveis.

Anexo 3

ANEXO 3 –Relatório descritivo de atividades de risco do HMJM



Anexo 4

09.0.0.1823.500.01 S/SSS/CAP.4/HJM
750.01
750.02
951.01

HOSPITAL MUNICIPAL JURANDIR MANFREDINI

DIRETOR III
ASSISTENTE II
ASSISTENTE II
SECRETARIO II



PREFEITURA
DA CIDADE
DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Governo

Empresa Municipal de Artes Gráficas S/A - Imprensa da Cidade

Diretor-Presidente: Haroldo Junior
Diretor-Administrativo: Celso Lutz Mansur
Diretor-Financeiro: José da Carvalho
Diretor-Industrial: João Bosco Nunes

TOLITO E IMPRESSÃO:
JORNAL DE HOJE - Nova Iguaçu



D.O. RIO

Empresa Municipal de Artes Gráficas S/A - Imprensa da Cidade

ATENDIMENTO

Entrega de materiais, assinaturas, textos para publicação, venda de gabaritos, exemplares avulsos e outros serviços.
Agência D.O. Rio - Centro Administrativo São Sebastião - Horário: 9:00 às 12:00h e 13:00 às 16:00h - Rua Afonso Cavalcanti, 465 - Térreo - Cidade Nova
ENTREGA DE 17:00h
Os textos para publicação deverão ser entregues na Agência D.O. Rio, no Centro Administrativo São Sebastião, no endereço acima, datilografados em gabaritos específicos, no horário de 9:00h às 12:00h e 13:00h às 17:30h.

RECLAMAÇÕES SOBRE PUBLICAÇÕES

Deverão ser dirigidas à Diretoria Industrial da Imprensa da Cidade, à Av. Pedro II, 400 - São Cristóvão - CEP 20.41-070 - Tel.: 589-3623, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a data de sua publicação.

PREÇO PARA PUBLICAÇÃO (centímetro de coluna)
Empresa Pública e Sociedade de Economia Mista
Terceiros
O valor de publicação é obtido pela multiplicação de
te e última linha datilografada, pelo preço de tabela
PREÇO DE GABARITO (por folhas)
Modelo A (uma coluna)
Modelo B (uma coluna e meia)
Modelo C (três colunas)
PREÇO DO DIÁRIO OFICIAL
Exemplar avulso (venda em bancas)
Exemplar atrasado (quando disponível)
Assinatura semestral: Porte simples (ECT)
Assinatura semestral: Retirado no balcão
PAGAMENTOS - A entrega das matérias e o pagamento das assinaturas e exemplares atrasados, serão feitos
Centro Administrativo São Sebastião em favor da E
S/A - Imprensa da Cidade. Quando fora do Município
ordem bancária, especificando a destinação de renda
D.O. Rio não tem cobreadores ou vendedores aut

Ofício do Município do Rio de Janeiro

ANEXO 4 - 127 - 1000000000 - 1000000000 - 1000000000

09.0.0.1824.700.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.1
09.0.0.1825.700.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.2
09.0.0.1826.700.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.3
09.0.0.1827.700.01 S/SSS/CAP.4/HJM
09.0.0.1828.900.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.4.0.1
09.0.0.1829.800.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.4.1
09.0.0.1830.800.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.4.2
09.0.0.1831.800.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.4.3
09.0.0.1832.800.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.4.4
09.0.0.1833.900.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.4.4.1
09.0.0.1834.900.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.4.4.2
09.0.0.1835.700.01 S/SSS/CAP.4/HJM-0.5
850.01
850.02
09.0.0.1836.600.01 S/SSS/CAP.4/HJM-1
750.01
750.02
951.01
09.0.0.1837.700.01 S/SSS/CAP.4/HJM-1.1
850.01
850.02
850.03
850.04
850.05
850.06
850.07
850.08
850.09
850.10
09.0.0.1838.300.01 S/SSS/CAP.4/HJM-1.1.1
950.01
950.02
09.0.0.1839.700.01 S/SSS/CAP.4/HJM-1.2
09.0.0.1840.600.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2
951.01
09.0.0.1841.700.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2.1
09.0.0.1842.800.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2.1.1
09.0.0.1843.800.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2.1.2
09.0.0.1844.900.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2.1.2.1
09.0.0.1845.900.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2.1.2.2
09.0.0.1846.800.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2.1.3
09.0.0.1847.700.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2.2
09.0.0.1848.700.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2.3
09.0.0.1849.800.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2.3.1
09.0.0.1850.800.01 S/SSS/CAP.4/HJM-2.3.2

NUCLEO DE PROGRAMACAO E EPIDEMIOLOGIA
NUCLEO DE ADMINISTRACAO DE SISTEMAS
CENTRO DE ESTUDOS
SERVICO DE APOIO TECNICO
SETOR DE DOCUMENTACAO MEDICA
SECAO DE SERVICO SOCIAL
SECAO DE NUTRICAO E DIETETICA
SECAO DE FARMACIA
SECAO DE ENFERMAGEM
SETOR DE ENFERMAGEM DE PACIENTES INTERNOS
SETOR DE ENFERMAGEM DE PACIENTES EXTERNOS
SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL

DIVISAO MEDICA

SERVICO DE PACIENTES EXTERNOS

SECAO DE AMBULATORIO

SERVICO DE PACIENTES INTERNOS
DIVISAO DE ADMINISTRACAO

SERVICO DE INFRA-ESTRUTURA
SECAO DE MATERIAL E PATRIMONIO
SECAO DE ATIVIDADES GERAIS
SETOR DE ZELADORIA E PORTARIA
SETOR DE LAVANDERIA E ROUPARIA
SECAO DE MANUTENCAO
SERVICO DE RECURSOS HUMANOS
SERVICO DE APURACAO E CONTROLE FINANCEIRO
SECAO DE FATURAMENTO
SECAO DE CUSTOS

CHEFE I DAI
CHEFE I DAI
CHEFE I DAI
CHEFE I DAI
CHEFE III DAI
CHEFE II DAI
CHEFE II DAI
CHEFE II DAI
CHEFE II DAI
CHEFE III DAI
CHEFE III DAI
CHEFE I DAI
AUXILIAR DE CHEFIA I DAI
AUXILIAR DE CHEFIA I DAI
DIRETOR IV DAS
ASSISTENTE II DAI
ASSISTENTE II DAI
SECRETARIO II DAI
CHEFE I DAI
AUXILIAR DE CHEFIA I DAI
AUXILIAR DE CHEFIA I DAI
AUXILIAR DE CHEFIA I DAI
AUXILIAR DE CHEFIA I DAI
AUXILIAR DE CHEFIA I DAI
AUXILIAR DE CHEFIA I DAI
AUXILIAR DE CHEFIA I DAI
AUXILIAR DE CHEFIA I DAI
CHEFE II DAI
AUXILIAR DE CHEFIA II DAI
AUXILIAR DE CHEFIA II DAI
CHEFE I DAI
DIRETOR IV DAS
SECRETARIO II DAI
CHEFE I DAI
CHEFE II DAI
CHEFE II DAI
CHEFE III DAI
CHEFE III DAI
CHEFE II DAI
CHEFE I DAI
CHEFE I DAI
CHEFE II DAI

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

tão do setor de enfermagem e todos os assuntos referentes à dinâmica de funcionamento do dia (novas internações, intercorrências, etc).

O atendimento dos pacientes se realizará através de consultas individuais e grupais com a seguinte organização:

- 1- Atendimento individual pelo médico-assistente 2 (duas vezes por semana.
- 2- O atendimento em grupo 2 (duas) vezes por semana, pela mini- equipe.
- 3- O atendimento do Serviço Social, além do acima referido, se complementará pelo atendimento à família.
- 4- O trabalho de Terapia Ocupacional será realizado em local apropriado (duas salas previstas) com atividades diárias em dois turnos.
- 5- Haverá também horário para atendimento à família pelo médico-assistente do paciente.
- 6- Realizar-se-á uma assembléia geral com todos os pacientes e mini-equipes uma vez por semana.

IV- DAS ALTAS E DO PROLONGAMENTO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO

1- As altas só serão efetuadas após discussão pela equipe do setor de enfermarias. Se houver necessidade de prolongar o tempo da internação o caso será levado à reunião do Conselho de Supervisão.

2- Os tipos de alta serão:

- a) Médica
- b) A pedido (pelo responsável) que assinará um termo se responsabilizando pelo paciente.
- c) Óbito
- d) Evasão (após decorrido o período de 48 hs).
- e) Por transferência (para qualquer outro hospital externo .

OBS: Somente se dará alta médica durante o expediente de 8:00 às 16:00 hs e a burocratização da mesma será realizada pelo médico assistente.

V- LICENÇAS:

Só poderá ser dada após discussão pela equipe.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

VI- VISITAS

- a) Serão realizadas diariamente de segunda-feira à sábado no horário de 15:00 às 16:00 hs e somente será permitida a entrada de 2 (dois) familiares por dia.
- b) Aos domingos o horário será de 15:00 às 17:00 horas.
- c) Nos casos de urgências clínicas será permitido a visita em qualquer horário por determinação do médico de plantão.

VII-

URGÊNCIA E PRÉ-INTERNAÇÃO:

I- INTRODUÇÃO:

L:A) O Setor de Urgência funcionará em regime de plantão de 24 hs, atendendo a Comunidade externa e contará para isso com um médico plantonista e dois auxiliares de enfermagem que cumprirão turnos de 12 hs.

I:A.L. Este mesmo Setor atenderá as emergências psiquiátricas da CJM após às 16:00 hs.

I:B .O Setor de Pré- Internação contará com 16 (dezesseis) leitos nos quais o paciente terá uma permanência de no máximo 48 hs. Funcionará com equipe idêntica à do Setor de Urgência.

II- FUNCIONAMENTO:

II.a) URGÊNCIA:

II.a1) O atendimento de Urgência, será feito independente da regionalização.

II.a2) O atendimento às emergências psiquiátricas da CJM será feito pelo plantonista do HJM no período de 16:00 às 08:00 hs. Estes pacientes deverão ser conduzidos ao HJM pela ambulância do BMCAR.

III.a3) O atendimento aos egressos será feito pelo plantonista do HJM que fará a avaliação de cada caso e decidirá pelo seu regresso ao Núcleo de origem ou por outro encaminhamento que julgar con

veniente (ambulatório etc.).

II.a4) Toda e qualquer internação na CJM só poderá ser feita através do H.J.M.

II.a5) Os casos de Urgência deverão ser trazidos ao HJM. Os acompanhantes deverão aguardar o pronunciamento da equipe.

II.b) PRÉ- INTERNAÇÃO:

II.b1) O tempo máximo de permanência neste Setor será de 48 hs.

II.b2) Cada caso será avaliado pelo Conselho de Supervisão que decidirá qual o encaminhamento.

II.b3) Neste Setor, contaremos com o Serviço Social para o contacto com a família no sentido de cientificá-la do encaminhamento do caso.

II:b4) A partir deste Setor, o paciente poderá ser encaminhado para o ambulatório, para o Setor de Internação ou ainda para outro Hospital caso o paciente não resida na área programática(AP4).

Estes encaminhamentos serão definidos sempre pelo Conselho de Supervisão e nunca pelo plantonista isoladamente.

II.b5) Este procedimento visa uma melhor avaliação de cada caso, de maneira que só se proceda à internação em casos de necessidade absoluta.

VIII- CONSELHO DE SUPERVISÃO

A) Este Conselho está ligado à direção do Hospital e é Coordenado diretamente pelo Diretor ou por seu substituto.

B) Caberá a este Conselho estabelecer normas de funcionamento, modificar as existentes, coordenar as diversas atividades do Hospital, bem, como avaliar o desempenho dos vários setores.

C) Será formado pelos Coordenadores dos diversos setores:

1) Coordenador dos Ambulatórios

2) Coordenador da Pré-Internação e Urgência;

3) Coordenador Administrativo

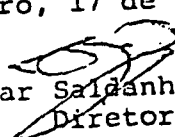
4) Coordenador das Enfermarias;

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

- 5) Coordenador da Psicologia
- 6) Coordenador da Terapia Ocupacional
- 7) Coordenador do Serviço Social;
- 8) Coordenador da Enfermagem

d) Suas reuniões se darão das 11:00 às 12:00 hs dia
riamente ou a qualquer horário ou dia em caráter ex -
traordinário por convocação do Diretor.

Rio de Janeiro, 17 de junho de 1982


Dr. Heimar Saldanha Camarinha
Diretor

U

Anexo 5

- 1- Qual era a sua visão da dinâmica organizacional no que se refere a estrutura, relação de poder, motivação dos funcionários, atividade de equipes multidisciplinares antes do exercício de sua direção ?
- 2- Que propostas o Sr(a) tentou implementar ?
- 3- Quais as dificuldades encontradas ?
- 4- Quais foram os êxitos em sua implementação ?
- 5- Como o Sr(a) poderia avaliar a relação de sua direção com instâncias superiores de decisão e com os funcionários da organização ?

Anexo 6

NOME:

SETOR DE TRABALHO:

PROFISSÃO

TEMPO DE TRABALHO NO HJM

- 1- Qual a visão que você tem sobre a esquizofrenia (etiologia, fatores precipitantes, terapia) ?
- 2- Em sua experiência e na visão que você possui sobre essa doença, qual seria, a seu ver, a forma mais próxima do ideal de trata-la?
- 3- Como você avalia o tratamento dos pacientes esquizofrênicos na rede pública de saúde?
- 4- Vários autores afirmam que o tratamento da esquizofrenia deve ser preponderantemente medicamentoso. Você tende a concordar ou discordar com essa afirmação? Justifique.
- 5- Caso você concorde, quais seriam os fatores determinantes para esta afirmação?
- 6- Vários autores, por não concordarem com a visão estritamente orgânica da doença esquizofrênica, em suas pesquisas e estudos propuseram outras formas de organizar o espaço terapêutico. Que informações você possui sobre essas práticas e qual a conclusão que chegou sobre sua eficácia terapêutica?
- 7- Qual a visão sobre o tratamento da esquizofrenia em equipes interdisciplinares?
- 8- Quais os principais fatores facilitadores e dificultadores para este trabalho?

- 9- Cite algum exemplo a partir de sua experiência no HJM que possa ilustrar as dificuldades de um trabalho em equipe interdisciplinar ?
- 10- Como você avalia a relação de seu setor com os demais setores do hospital ?
- 11- Como você descreveria o nível de integração entre os setores do HJM ?
- A) Setor técnico
B) Setor de suporte administrativo
- 12 – Como você vê o espaço hospitalar como elemento terapêutico ?
- 13 – A especificidade da esquizofrenia deveria em uma percepção demandar uma prática administrativa diferente ?
- 14 – No caso positivo, que tipo de práticas ou mudanças administrativas seriam necessárias a seu ver ?
- 15 – No cotidiano do HJM quais as práticas e inter-relações de seu trabalho ?
- 16 – Quais as principais dificuldades com que você se defronta ?
- 17 - Como você percebe a qualidade de serviço no HJM ?
- 18 – Cite três propostas para um atendimento que permitam melhorar a qualidade de serviços oferecidos aos pacientes esquizofrênicos ?
- 19 – Em sua experiência, haveria outra forma de organizar o espaço hospitalar para que se torne mais terapêutico ? Qual ?
- 20 – Que fatores impedem que estas mudanças sejam debatidas e incrementadas ?
- 21 – Como você avalia a relação do trabalho com instâncias superiores de decisão organizacional ?
- 22 – Como você percebe a questão da motivação dos funcionários do HJM ?
- 23 – As equipes de saúde carecem de motivação ?
- 24 – Em caso positivo, quais seriam os fatores que você identifica ?

25 – Avalie e discorra sobre sua inserção e disponibilidade interna para o trabalho que vem executando e/ou para mudanças no mesmo ?

26 – Avalie sua participação em projetos novos ?

27 – Em sua visão, quais seriam os fatores facilitadores e dificultadores em suas implantações em nível técnico, administrativo e político ?

28 – Como você avalia o contraste de valores entre a equipe de saúde e os pacientes no sentido do tratamento ?

29 – Os valores e crenças de cada paciente são levados em conta no processo terapêutico?

30 - O prontuário médico é um instrumento que permite que vários setores e técnico de hospital comuniquem sobre o estado de um determinado doente.

Diante do exposto:

30a- Você acha que na prática ele sempre esta função?

30b- Você acha que ele funciona como um instrumento de comunicação ?

30c- Ao seu ver, na prática, qual a sua finalidade ?

30 – A hierarquia dentro de uma equipe multidisciplinar exerce uma influência catalisadora, tornando as atividades terapêuticas mais eficazes.

Você tende a concordar ou discordar com esta afirmação ? Justifique.

31 – Em caso afirmativo quais seriam os critérios identificados na escolha da cadeia hierárquica ?

32 – Em caso negativo como você imagina a relação entre os vários elementos de uma equipe ?

33 – Em seu ponto de vista qual seria o critério de escolha hierárquica ideal para o melhor desempenho das atividades terapêuticas propostas ?

Anexo 7

1- Dentro do conhecimento que você possui da esquizofrenia seu tratamento teria como objetivo?

- 1- ☐ Cura total da doença
- 2- ☐ Controle das crises e dos sintomas
- 3- ☐ Não existe tratamento para esquizofrenia

2 - Caso você tenha escolhido as respostas 1 e/ou 2, qual a melhor forma para o seu tratamento? (escolha quantas respostas julgue necessárias)

- 1- ☐ Através de medicamentos
- 2- ☐ Através de psicoterapias
- 3- ☐ Através de terapias ocupacionais
- 4- ☐ Através de um trabalho social junto à família

3 - Dentro da abordagem que você considera ideal, o tratamento deve ser feito:

- ☐ Pelo psiquiatra
- ☐ Individualmente por cada técnico
- ☐ Em equipes multidisciplinares sem especificidade de função
- ☐ Em equipes multidisciplinares com especificidade de função

4 - Se você considera o trabalho em equipe importante, que profissionais julga necessário para a sua composição (escolha quantas assertivas julgue necessário)

- 1- Assistente social
 - 2- Psicólogo
 - 3- Médico
 - 4- Terapeuta ocupacional
 - 5- Auxiliar de enfermagem
 - 6- Enfermeiro
 - 7- Recreador
 - 8- Outros (especificar)
-

5 - Seu trabalho no HJM se dá em equipes multidisciplinares?

☐ sim

☐ não

6 - Em caso afirmativo, existem fatores que dificultam este trabalho?

☐ sim

☐ não

7 - Em caso afirmativo, quais seriam?

8 - Qual setor você trabalha no HMJ?

☐ Emergência

☐ Farmácia

☐ Enfermaria

☐ Ambulatório

☐ Terapia ocupacional

☐ CAD

☐ SAME

☐ Portaria

☐ Registro

☐ Lavanderia

☐ Copa

☐ Outros (especifique) _____

☐ Administrativo

9 - Com que setores ele(s) se relacionam?

10 - Como você descreveria a relação entre os setores (escolha quantas assertivas julgue necessária)

a- Rígida

b- Flexível

c- Desintegrada

d- Integrada

e- Nenhuma acima

f- Outras (especifique) _____

11 - Como você descreveria o nível de integração entre os setores técnicos e de suporte administrativo?

a- Ótimo

b- Muito bom

c- Bom

d- Regular

e- Sofrível

- Quanto à qualidade no atendimento _____

- Quanto à rapidez no atendimento das solicitações. _____

- Quanto à disponibilidade interna no atendimento das solicitações____

12 - Como você avalia a relação dos funcionários do HMJM.

- a- Ótima
- b- Muito boa
- c- Boa regular
- d- Regular
- e- Sofrível

- Quanto à educação entre os mesmos____
- Quanto ao nível de inveja____
- Quanto às dificuldades colocadas para o desempenho de suas tarefas____
- Quanto à relação de poder____

13 – O espaço hospitalar é capaz de trata o indivíduo?

- ☐ sim
- ☐ não

13 – Justifique em poucas palavras

14 – Fora o tratamento médico, que outras formas de tratamento você identifica em sua instituição?

15 – Existe algum planejamento em relação a essas práticas e atividades, executadas nos diversos setores?

- ☐ sim
- ☐ não

16 – Há um adequado dimensionamento dos profissionais para a realização dessas atividades?

- ☐ sim
- ☐ não

17 – Existe algum planejamento em relação ao material necessário para execução dos trabalhos propostos?

- ☐ sim
- ☐ não

18 – Que sugestões em nível de funcionamento hospitalar, você daria para

melhorar o atendimento dos pacientes esquizofrênicos?

19 – O enfoque dos serviços oferecidos no HMJM esta mais voltado para:

- ☐ qualidade
- ☐ quantidade

20 – Como você avalia o nível de motivação dos funcionários do HMJM?

- a- Ótimo
- b- Muito bom
- c- Bom
- d- Regular
- e- Sofrível

21 – Existe liberdade para propor mudanças, sendo bem vinda sugestões, na dinâmica hospitalar, no trabalho técnico (médico, psicológico, de assistente social e de terapia ocupacional)? Justifique

22 – Existe liberdade para propor mudanças, sendo bem vindo sugestões, na dinâmica hospitalar em nível de organização e funcionamento infra-estruturais? Justifique sua resposta.

23 - Em sua experiência se faz necessário atividades em nível extra-hospitalar para o sucesso no tratamento da esquizofrenia?

- ☐ sim
- ☐ não

24 – Em caso positivo, que atividades seriam importantes de serem praticadas?

25 – Que profissionais deveriam estar envolvidos nessas atividades

- a- psicólogo
- b- médico
- c- assistente social
- d- terapeuta ocupacional
- e- enfermeiro
- f- auxiliar de enfermagem
- g- recreador
- h- outros (especificar) _____

26 – Qual a sua percepção sobre as atividades que o HMJM desempenha na comunidade?